

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E. A. P. DE OBSTETRICIA

**Perspectivas de vida en el aspecto personal, familiar y
social de mujeres embarazadas VIH positivas :**

Hospital Nacional Dos de Mayo, agosto 2010 - mayo 2011

TESIS

para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia

AUTORES

Lyzbeth Beatriz Alvarado Ocrospoma

Rosa Luz Varillas Quijandría

ASESOR

Lupe Antonieta Vargas Zafra

Lima – Perú

2011

MIEMBROS DEL JURADO

Presidente: Mg. Enma Salazar Salvatierra

Miembro: Carmen Peña Pascual

Miembro: Elva Belapatiño

ASESORA

Mg. Lupe Antonieta Vargas Zafra

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a todas las gestantes con VIH que no se rinden ante las adversidades o dificultades que traiga consigo su diagnóstico.

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo se llevo a cabo gracias al apoyo de nuestros padres que nos dieron la vida y quienes siempre nos apoyaron, alentaron y llenaron de fortaleza y perseverancia para la culminación de nuestra tesis.

Un agradecimiento en especial a nuestra Asesora Mg. Lupe Antonieta Vargas Zafra por habernos apoyado desde la elaboración de nuestro proyecto de tesis hasta la realización de la presente, quien sin sus conocimientos del tema no hubiéramos culminado exitosamente nuestra tesis.

Gracias también a todas las personas que siempre están ahí para nosotras y nos apoyan incondicionalmente.

INDICE

Resumen	3
I. INTRODUCCIÓN	4
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	5
2.1 Situación y problemática – características	6
2.2 Formulación del problema	7
2.3 Justificación	7
2.4 Objetivos	10
III. MARCO TEORICO CONCEPTUAL	11
3.1 Bases teórico científicas relacionados con el tema	11
3.2 Antecedentes del estudio	23
3.3 Definiciones de variables	31
3.4 Variables de estudio	31
IV. MATERIALES Y METODO	33
4.1 Tipo de estudio	33
4.2 Diseño de la investigación	33
4.3 Población	33
4.4 Muestra	33
4.5 Unidad de análisis	33
4.6 Criterios de inclusión	34
4.7 Criterios de exclusión	34
4.8 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	34
4.9 Plan de procedimientos	35
4.10 Técnicas de procesamiento y análisis	36

4.11 Consideraciones éticas.....	36
V. RESULTADOS	37
5.1 Características sociales y demográficas	41
5.2 Perspectiva de vida en el aspecto personal	49
5.3 Perspectiva de vida en el aspecto familiar	55
5.4 Perspectiva de vida en el aspecto social	59
VI. DISCUSION	66
VII. CONCLUSIONES	70
VIII. RECOMENDACIONES	71
IX. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	72
X. ANEXOS.....	76
1. Formato para la recolección de datos sociales y demográficos.	
2. Guía de entrevista para grupo focal con mujeres gestantes VIH positivas.	
3. Cuadro de validación de Expertos.	
4. Consentimiento informado.	
5. Transcripción del Focus Group.	
6. Tablas y gráficos relacionados al Focus Group.	
7. Cuadros comparativos relacionados al Focus Group.	

RESUMEN

Perspectivas de vida en el aspecto personal, familiar y social de mujeres embarazadas VIH positivas. Hospital Nacional Dos de Mayo. Agosto 2010 – mayo 2011.

Alvarado Ocrosopoma Lyzzeth Beatriz (1), Varillas Quijandría Rosa Luz (1)

(1) Bachiller en Obstetricia.

Introducción: En la actualidad, tanto la disminución de muertes maternas, como la disminución de la transmisión del VIH constituyen dos de los Objetivos del Milenio más importantes; por ello se han desarrollado diversas estrategias para lograr el cumplimiento de estos. Existen gran cantidad de investigaciones acerca del tratamiento con antirretrovirales y el aspecto clínico del VIH durante el embarazo; pero es escasa la información acerca del aspecto emocional de las pacientes y la perspectiva que tienen de sus propias vidas a partir de este diagnóstico

Objetivos: Determinar las perspectivas de vida en el aspecto personal, familiar y social de las gestantes VIH positivas, del Hospital Nacional Dos de Mayo. Agosto 2010 – mayo 2011.

Diseño: Exploratorio, transversal.

Lugar: Hospital Nacional Dos de Mayo.

Participantes: Mujeres embarazadas VIH positivas que reciben TARGA (Tratamiento Anti Retroviral de Gran Actividad) en el Hospital Nacional Dos de Mayo.

Intervención: Se selecciono 6 mujeres embarazadas VIH positivas; con las que se realizo una entrevista grupal mediante la técnica de Focus Group, mediante tres guías prácticas se pudo explorar los aspectos personales, familiares y sociales de estas.

Principales medidas de resultados: Perspectivas de vida en las gestantes VIH positivas en el aspecto personal, familiar y social.

Resultados: Mayor cuidado de su salud y mejoras en el estilo de vida, motivadas por sus hijos. Temor al rechazo y discriminación. Interés en ayudar a otras gestantes en su condición.

Conclusiones: La perspectiva de vida que tienen las gestantes VIH positivas es optimista: consideran tener capacidades y posibilidades para hacer una vida normal; además de tener gran interés participativo en ayudar a otras mujeres de su condición.

Palabras claves: VIH, gestantes, perspectivas de vida

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN

En 1981, una de las principales causas de muerte de nuestro tiempo irrumpió en la escena mundial: El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA). Su causa, el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), se identificó en 1983. Se propaga fundamentalmente a través del contacto sexual sin protección, así como a través de transfusiones de sangre contaminadas, de madre a hijo, etc.

Según el informe 2010 de ONUSIDA (El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA), 34 millones de personas vivían con el VIH a finales de 2010, y cerca de 30 millones habían muerto por causas relacionadas con el sida desde que se registrara la enfermedad por primera vez hace 30 años. Actualmente de los 34 millones de personas que viven con el VIH en todo el mundo, casi la mitad son mujeres. De estas mujeres un buen porcentaje son gestantes o van a serlo, constituyendo un problema de Salud Pública a nivel nacional y mundial; pues el caso de una gestante con VIH, no solo es de riesgo para ella sino también para el hijo que espera.

En la actualidad, tanto la disminución de muertes maternas, como de la de la transmisión del VIH constituyen dos de los Objetivos del Milenio más importantes; por ello se han desarrollado diversas estrategias para lograr su cumplimiento; es así que con el tiempo los nuevos tratamientos antirretrovirales (ARV) comenzaron a prolongar vidas y a disminuir el riesgo de transmisión de madre a hijo. Según el Ministerio de Salud del Perú (DGE,2006), la prevalencia de VIH entre las mujeres embarazadas es de 0.23%. La cobertura de tratamiento ARV en gestantes, según el Informe del MINSA para UNGASS (United Nations General Assembly Special Session), era de 64.86% en el año 2007.

Existen gran cantidad de investigaciones acerca del tratamiento con antirretrovirales y el aspecto clínico del VIH durante el embarazo; pero es escasa la información acerca del aspecto emocional de las pacientes y la perspectiva que tienen de sus propias vidas a partir de este diagnóstico. Así, tomando en cuenta que existe evidencia de que el estado emocional influye en la salud y considerando que la mujer gestante, al igual que todo ser humano debe ser tratado no solo la parte física sino como un Todo; en esta investigación abordamos las perspectivas de vida de mujeres embarazadas VIH positivas, tanto en el plano personal, social y familiar.

CAPITULO II: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El VIH o Virus de Inmunodeficiencia Humana es el causante de la enfermedad del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).¹ En la actualidad sigue siendo un problema de salud a nivel mundial con 34 millones de personas que viven con el virus del VIH²; de las cuales casi la mitad son mujeres; habiendo en el 2007: 2,5 millones nuevas infecciones, mientras que el 2008 se produjeron 2,7 millones de nuevas infecciones.^{1, 3}

En América Latina para el 2010 habían 1.4 millones de personas viviendo con VIH, de las cuales 92 mil fueron nuevas infecciones, además 490 mil mujeres mayores de 15 años viven con VIH. La situación en nuestro país es de 75 mil personas que viven con VIH de las cuales 18 mil son mujeres mayores de 15 años.¹

Estas cifras causan gran preocupación ya que las mujeres aparecen cada vez más en ellas y dentro de este grupo las gestantes son la población más vulnerable y susceptible de padecer y transmitir este virus. Pero en las últimas décadas se ha dado gran importancia a la terapia con antirretrovirales, generando metas para una cobertura aun mayor de esta terapia. Tanto que para el 2010, un número récord de 1,4 millones de personas inició por primera vez el tratamiento antirretrovírico, una cifra muy superior a cualquier año previo.²

La realidad nacional nos muestra que la mayoría de los casos se presentan en ciudades y departamentos de la Costa y de la Selva del Perú, con mayor concentración urbana (Lima-Callao, Ancash, Arequipa, Ica, Junín, La Libertad, Lambayeque Loreto); además su diseminación se correlaciona con mayor densidad poblacional, mayor actividad comercial y mayor flujo migratorio. Lima y Callao concentran el 65,96% de los casos registrados⁴.

De acuerdo con las Políticas Nacionales e Internacionales, en el Perú se brinda el TARGA (Tratamiento Anti Retroviral de Gran Actividad) a gestantes VIH positivas de manera gratuita. Es así que en el Hospital Nacional Dos de Mayo, se atienden entre 0 y 2 casos nuevos de gestantes VIH positivas al mes.⁵ Sin embargo no se debe olvidar la parte emocional que es imprescindible para lograr una calidad de vida adecuada y que las políticas existentes no solo se basan en el tratamiento con antirretrovirales, sino también en el acceso universal a la atención integral y la comprensión de la salud como derecho

humano con la necesidad de abordar los determinantes sociales y políticos más amplios de la salud.⁶

Por ello, es importante explorar un poco más la visión que tienen las gestantes con VIH acerca de sus planes futuros y como afrontarían la situación por la cual están pasando, pues el conocer más este aspecto nos dará idea de los puntos con los que podríamos complementar la terapia Anti Retroviral para un manejo mas humanizado e integral de la gestante VIH positiva.

2.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA – CARACTERÍSTICAS

Hace años era prácticamente impensable la posibilidad de contagio por VIH/SIDA en las mujeres; tampoco se pensó que el SIDA irrumpiría en el campo de la obstetricia.

El rumbo que ha tomado la epidemia en los últimos años, según indican las estadísticas, nos presenta un panorama preocupante por las consecuencias vinculadas a sus *tendencias* que se ven dirigidas a la progresiva heterosexualización de la transmisión, lo que afecta a mayor número de mujeres, al mismo tiempo que avanza sobre los sectores más pobres de nuestra sociedad.

Existen buen numero de investigaciones acerca del SIDA, el tratamiento con antirretrovirales y el aspecto clínico del VIH durante el embarazo; pero es escasa la información acerca del aspecto emocional de las pacientes y la perspectiva que tienen de sus propias vidas a partir de este diagnóstico en planos como el personal, familiar o social.

En nuestro país dentro de las Políticas de Salud con respecto al VIH se considera el tratamiento integral y el abordaje de los determinantes sociales⁷; sin embargo vemos que en la aplicación nos centramos más en la administración de la terapia con antirretrovirales y el tratamiento de las secuelas físicas que pueden ocurrir en etapas avanzadas del SIDA; poniendo en segundo plano las secuelas psicológicas y emocionales de vivir con VIH, lo que puede traer como consecuencia el abandono del tratamiento (Hecho que ya es visible en algunos establecimientos de salud nacionales⁵).

La necesidad de un abordaje integral se ve incrementada en el caso de las mujeres embarazadas con VIH, pues aparte de los cambios físicos y emocionales propios de la gestación, llevan una carga adicional al saber que tienen VIH. El diagnóstico tiene impacto tanto a nivel personal, familiar como también social; y trae consigo un gran cambio en la vida de estas mujeres, muchas veces pasan por etapas de depresión iniciales que luego pueden desencadenar en una aceptación de la condición y mejora del estilo de vida (cuando se le brinda información y asesoramiento emocional) o en un abandono total de su persona, sus metas e incluso el tratamiento (cuando esta mujer no tiene acceso a la información debida o no se logra llegar a ella para empoderarla).

En vista de esta realidad, mediante el conocimiento de las perspectivas de vida de mujeres embarazadas VIH positivas, el presente estudio pretende hacer un aporte en el gran trabajo que implica la mejora de la atención y el abordaje integral de la salud de estas mujeres.

2.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la perspectiva de vida de las gestantes VIH positivas, que acuden al Hospital Nacional Dos de Mayo. Agosto 2010 – mayo 2011?

2.3. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo de investigación, permite conocer las perspectivas de vida de las gestantes VIH positivas en tres dimensiones: personal, familiar y social. Ello es de suma importancia puesto que permitirá brindar la atención de salud a este grupo vulnerable de manera íntegra, no solamente considerando el aspecto clínico de la enfermedad, sino también el aspecto subjetivo que conlleva la misma.

Esta investigación fue factible de realizar ya que se cuenta con la autorización del Hospital Nacional Dos de Mayo para la realización de este estudio, además de tener acceso para contactar a las pacientes en el área de infectología de este hospital y contar

con el apoyo de la encargada del TARGA la Obstetriz Eliana Ronquillo (COP 20358), quien facilitó el contacto con las usuarias del servicio.

Se cuenta con normas, leyes y proyectos que respaldan el contenido de este estudio, así como sus objetivos.

La primera Ley en el Perú sobre el VIH y el SIDA fue la No. 26626 de 1996 que encargaba al Ministerio de Salud la elaboración de un Plan Nacional de Lucha contra el VIH, SIDA e ITS.; era una ley corta de 8 artículos, que se reglamentó después a través de 28 artículos, que a su vez contenían conceptos sobre confidencialidad, voluntariedad y consejería, pre y post prueba y vigilancia epidemiológica. Esta Ley tuvo una vigencia de 8 años hasta que fue ampliada y modificada por la Ley N° 28243⁷. Cabe mencionar el Artículo 7° De la atención integral de salud, donde resaltan los siguientes puntos⁸:

- La atención a las personas que viven con VIH y SIDA (PVVS) debe responder de manera integral a sus componentes biológico, psicológico y espiritual, comprendiendo en dicho proceso a su familia y la sociedad.
- Toda persona que se encuentra viviendo con VIH y SIDA, tiene derecho a recibir atención integral de salud continua y permanente por parte del Estado, a través de todos los establecimientos de salud donde tenga administración, gestión o participación directa o indirecta y a la prestación previsional que el caso requiera.

Además existen directrices internacionales que abordan el tema, mencionando lo siguiente⁷:

- Los Estados deberían promulgar o fortalecer las leyes que combaten la discriminación u otras leyes que protegen contra la discriminación en los sectores tanto público como privado a las poblaciones clave de mayor riesgo, las personas que viven con el VIH y las discapacitadas, velar por el respeto de la vida privada, la confidencialidad y la ética en la investigación sobre seres humanos, insistir en la formación y conciliación, y aportar medios administrativos y civiles pronto y eficaces.

- Los Estados deberían fomentar la difusión amplia y constante de programas creativos de educación, capacitación y comunicación diseñados explícitamente para convertir las actitudes de discriminación y estigmatización contra el VIH en actitudes de comprensión y aceptación.
- Los Estados deberían crear instituciones de vigilancia y aplicación que garanticen la protección de los derechos humanos en lo que respecta al VIH, en particular los de las personas que viven con el VIH, sus familiares y sus comunidades.

La Cumbre del Milenio, celebrada en septiembre de 2000 en Nueva York, congregó al mayor número de dirigentes estatales de la historia, con el fin de establecer de manera conjunta el futuro de la humanidad. Así, los Jefes de Estado y de Gobierno de los 189 estados miembro de Naciones Unidas crearon lo que hoy se conoce como los Objetivos de Desarrollo del Milenio; y dentro de ellos hay dos de mucha importancia que guardan relación con esta investigación; estos son el objetivo N° 5 Mejorar la salud materna y el N° 6 Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades⁹.

Además en el informe anual de ONUSIDA 2009, se plantean 10 áreas prioritarias dentro de las que se menciona: Evitar que las madres mueran y los bebés se infecten por VIH, satisfacer las necesidades de mujeres y niñas relacionadas al VIH y mejorar la protección social para las personas afectadas.³

Por otra parte las estrategias de ONUSIDA, presentadas para los años 2011-2015, entre otras cosas plantean¹⁰:

- Acabar con la transmisión vertical del VIH y reducir a la mitad la mortalidad materna relacionada con el sida.
- Garantizar que las personas seropositivas y los hogares afectados por el virus se incluyan en las estrategias de protección social nacionales, y que tienen acceso a servicios básicos de atención y apoyo.
- Garantizar que al menos la mitad de todas las respuestas nacionales al VIH atienden las necesidades relacionadas con el virus de mujeres y niñas.

2.4. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Conocer cuál es la perspectiva de vida en el aspecto personal, familiar y social de las gestantes VIH positivas, del Hospital Nacional Dos de Mayo. AGOSTO 2010 – MAYO 2011.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conocer las perspectivas de vida de las gestantes VIH Positivas en el aspecto personal.
- Conocer las perspectivas de vida de las gestantes VIH positivas en el aspecto familiar.
- Conocer las perspectivas de vida de las gestantes VIH positivas en el aspecto social.

CAPITULO III. MARCO TEORICO CONCEPTUAL

3.1. BASES TEÓRICO CIENTÍFICAS RELACIONADOS CON EL TEMA

A) EFINICIÓN DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)¹¹

El virus de la inmunodeficiencia Humana (VIH) miembro de la familia de virus conocido como Retroviridae (retrovirus), clasificado en la subfamilia de los lentivirinae (lentivirus). Es un microorganismo que ocupa a las células blancas de la sangre (que son partes del famoso sistema inmunológico), infecta los linfocitos y otras células portadoras del marcador celular CD4, produciendo alteraciones de la inmunidad celular, y activación policlonal de las células B con respuestas defectuosa de las células B a los nuevos antígenos.

Una característica importante del VIH es su extremada variabilidad genética que está en forma de ARN en ADN (Proceso de transcripción inversa); por lo que el VIH-1, forma parte de una población viral heterogénea que dificulta la comprensión de algunos de los mecanismos de interacción entre el virus y el huésped. La infección humana por el virus VIH produce una compleja enfermedad denominada Síndrome De Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), que puede tardar en desarrollarse 10 años.

B) CONDICIONES PARA QUE PUEDA TRANSMITIRSE EL VIH¹²

Para que pueda haber transmisión del VIH tienen que darse tres condiciones. Este concepto es muy importante para comprender el riesgo.

- **El VIH debe estar Presente:** Parece evidente, pero el VIH solamente puede transmitirse si una de las personas es portadora del VIH. Algunas personas presuponen que ciertas conductas (tales como el sexo anal) de por sí pueden causar el SIDA. Esto no es correcto; algunas conductas son más riesgosas, pero solamente si el VIH está presente.
- **Tiene que haber *suficiente* virus:** Incluso cuando hay VIH, lo importante es la concentración de VIH que haya. En la sangre, por ejemplo, si el virus está muy concentrado, una pequeña cantidad de sangre es suficiente para infectar a

alguien. Pero la misma cantidad de otros fluidos (como el fluido vaginal o el pre-semen) no permitiría la transmisión porque el VIH está mucho menos concentrado en esos fluidos.

- **El VIH debe entrar en la corriente sanguínea:** No es suficiente haber estado en contacto con un fluido infectado para contraer el virus. La piel no permite que el VIH se introduzca en el cuerpo. El VIH puede entrar sólo a través de una cortada nueva, lastimadura o roce abierto o a través del contacto con las membranas mucosas.

C) MODOS DE TRANSMISIÓN ^{12,13}

La condición para que se transmita el VIH (que debe entrar en la corriente sanguínea), puede suceder principalmente de tres formas:

- Sexo sin protección.
- Por contacto sanguíneo directo (incluyendo al compartir agujas para drogas inyectadas; o antes de 1985, por transfusiones de sangre).
- De la madre al bebé (antes o durante el nacimiento, o a través de la leche materna).

El VIH puede entrar al cuerpo por cortadas abiertas o al infectar directamente las membranas mucosas. La transmisión puede ocurrir en el ano o recto, en la vagina y el pene, en la boca (mucho menos riesgoso) y en los ojos. Esas partes del cuerpo requieren protección cuando entran en contacto con fluidos infecciosos. El VIH no puede atravesar la piel sana (intacta, sin cortadas recientes).

RUTAS SEXUALES DE TRANSMISIÓN

- **Coito sexual anal o vaginal:** En los genitales y el recto, el VIH puede infectar las membranas mucosas directamente o entrar por cortadas o heridas ya existentes o que se hagan durante el acto sexual. Muchas de estas pueden ser indoloras y por lo tanto la persona no sabe que las tiene.

- **Sexo oral (contacto boca-pene, boca-vagina, boca-ano):** La boca es un entorno muy poco hospitalario para el VIH. Esta ruta es mucho menos riesgosa que el coito anal o vaginal. Sin embargo, se han dado casos documentados de transmisión del VIH por vía oral, así que no podemos decir que recibir semen, fluido vaginal o sangre infectados en la boca no tenga riesgo.

ESTUDIOS DE LA TRANSMISIÓN HETEROSEXUAL

Es evidente, a la vista de las investigaciones epidemiológicas y por simple sentido común, que el VIH puede transmitirse por vía sexual entre hombres y mujeres. Varias investigaciones con parejas femeninas de hemofílicos VIH positivos demuestran que la transmisión sexual puede ocurrir de hombre a mujer.

Esta conclusión está apoyada por las estadísticas de mujeres que tienen SIDA cuyo único factor de riesgo fue el de tener relaciones sexuales un hombre que tuviera SIDA. La transmisión sexual de mujer a hombre parece ser menos efectiva, pero definitivamente puede ocurrir.

TRANSMISIÓN NO SEXUAL

- **Compartir jeringas:** una jeringa puede pasar sangre directamente de una persona a otra. Esta es la manera más eficaz de transmitir el VIH.
- **Accidentes con jeringas:** Una investigación de más de 2.000 profesionales de la salud que viene realizándose desde hace varios años ha evaluado el riesgo de exponerse al VIH por contacto con sangre en un hospital. Más de 1.000 trabajadores sufrieron un accidente con jeringas que se habían utilizado en personas con el virus. El resto de los casos expuso de alguna manera las membranas mucosas al virus, por ejemplo mediante una salpicadura en la cara con sangre o vómito. De entre todas las personas analizadas, solamente 21 mostraron señales de infección por VIH. Una de estas personas fue una enfermera que había sufrido múltiples accidentes con jeringas, incluyendo una ocasión en que se cayó encima de una jeringa llena de sangre, y todo el contenido entró a su cuerpo. Otro fue un trabajador de laboratorio que se cortó el dedo con un tubo de

sangre infectada. Esta investigación demuestra que el SIDA es una enfermedad difícil de transmitir, y que la exposición al virus tan directa de estos trabajadores de la salud no fue suficiente para infectarlos, excepto en los casos más extremos.

- **Transfusiones de sangre:** desde marzo de 1985, toda la sangre que se usa en transfusiones en EE.UU. ha sido analizada con la prueba de anticuerpos del VIH. Esta práctica ha eliminado casi totalmente el riesgo de infectarse en una transfusión. Otros países han implementado programas similares, pero en algunos aún hay problemas en la regularidad con que se lleva a cabo el procedimiento.
- **Tratamientos contra la hemofilia:** la hemofilia es una enfermedad genética (normalmente afecta a los hombres) por la que una persona no tiene la capacidad de coagular sangre. Para controlar la enfermedad, los hemofílicos usan un factor de coagulación, llamado Factor VIII, que se prepara con la sangre de muchos donantes. En EE.UU., más de 90% de los hemofílicos tienen el VIH porque recibieron Factor VIII que estaba contaminado. Sin embargo, en la actualidad este producto se trata con calor para destruir el VIH. Además, actualmente hay productos equivalentes que son sintéticos y que no implican un riesgo de infección.
- **Otros productos sanguíneos:** además de la sangre entera, las plaquetas (células rojas) pueden transmitir el virus. Pero este producto también se analiza actualmente para descartar la presencia de VIH. No hay otros productos sanguíneos que transmitan el VIH. La gamma globulina y la vacuna de la hepatitis B no transmiten el VIH. La gamma globulina puede, en ocasiones, transmitir anticuerpos al VIH, pero no el propio virus, y estos anticuerpos desaparecen después de algunos meses.
- **De madre a hijo:** la transmisión vertical, o de madre a hijo, puede suceder antes o durante el parto, y a través de la leche materna. Solamente el 25% de los bebés nacidos de una madre VIH+ nacen con el VIH, y eso sin que la madre tome ningún tratamiento. Este porcentaje puede reducirse al 5% a 8% si la madre toma AZT en las últimas etapas del embarazo. Los recientes estudios presentados en la 12^a

Conferencia Mundial sobre el SIDA señalan que el riesgo puede reducirse incluso al 2% si la madre toma AZT y tiene un parto por cesárea. Se están llevando a cabo otros estudios para determinar si el lavado vaginal y el empleo de supositorios antivirales por vía vaginal antes del parto son eficaces para reducir la transmisión perinatal.

La leche materna contiene VIH, y aunque una pequeña cantidad de leche no representa un riesgo significativo de infección para los adultos, sí es riesgosa para los niños. En la 12ª Conferencia Mundial sobre el SIDA, la Organización Mundial de la Salud de las Naciones Unidas presentó la recomendación de que las mujeres VIH positivas no den el pecho a sus hijos. Incluso si la madre está tomando AZT, la transmisión del VIH mediante la leche materna es del 5%.

- **Inseminación artificial:** el semen donado se analiza para descartar la presencia del virus. Los donantes reciben la prueba de anticuerpos cuando dan la muestra. El semen se congela durante seis meses, y al término de este periodo, el donante recibe una segunda prueba para confirmar el análisis. El semen no se utiliza antes de completar este procedimiento.

D) FORMAS DE PREVENCIÓN

La utilización del preservativo es un elemento crucial para un enfoque integral, eficaz y sostenible de la prevención del VIH, y conviene acelerar su promoción. Se estima que en el 2007 alrededor de 2,7 millones de personas se infectaron por el VIH. Cerca del 45% de ellas eran jóvenes de 15 a 24 años de edad, y las mujeres estaban más expuestas a la infección que los hombres¹⁴.

- El preservativo masculino de látex es la tecnología individual disponible más eficaz para reducir la transmisión sexual del VIH y otras infecciones de transmisión sexual: El desarrollo de nuevas tecnologías de prevención, como las vacunas contra el VIH y los microbicidas, continúa avanzando, pero los preservativos seguirán siendo por muchos años el principal medio de prevención. Los preservativos son un elemento clave de las estrategias combinadas de prevención a las que las personas pueden

optar en diferentes momentos de sus vidas para reducir los riesgos de la exposición sexual al VIH.

Estas estrategias incluyen el aplazamiento del inicio de la actividad sexual, la abstinencia, un comportamiento más seguro basado en mantenerse fiel a la pareja cuando ambos miembros de la pareja no están infectados, la reducción del número de parejas sexuales, el uso correcto y sistemático del preservativo¹⁵ y la circuncisión masculina.

Las pruebas concluyentes de numerosas investigaciones efectuadas entre parejas heterosexuales en las que uno de los miembros está infectado por el VIH ponen de manifiesto que la utilización correcta y sistemática del preservativo reduce de forma significativa el riesgo de transmisión del VIH tanto del varón a la mujer como de la mujer al varón¹⁶. Los ensayos de laboratorio señalan que los preservativos masculinos de látex son impermeables a los agentes infecciosos que pueden estar presentes en los fluidos genitales¹⁷. Para garantizar su seguridad y eficacia, los preservativos deben fabricarse con arreglo a las normas internacionales más estrictas. Deben adquirirse conforme a los procedimientos de garantía de la calidad establecidos por la OMS, el UNFPA y el ONUSIDA, y hay que almacenarlos lejos de cualquier fuente directa de calor. Los programas de prevención deben velar por la disponibilidad de preservativos de alta calidad para las personas que los necesitan y cuando los necesitan, y asegurar que las personas tengan los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para utilizarlos correctamente.

- Los preservativos deben estar fácilmente disponibles universalmente, con carácter gratuito o a un precio razonable, y fomentarse de un modo tal que ayude a salvar los obstáculos sociales y personales a su uso: Cuando la persona puede acceder al preservativo de forma gratuita o a un precio muy subvencionado, es más probable que lo utilice.

Una promoción eficaz del preservativo no solo debe orientarse a la población general sino también a las personas que están muy expuestas al riesgo de infección por el VIH, como son las mujeres, los jóvenes, los profesionales del sexo y sus clientes, los consumidores de drogas inyectables y los hombres que tienen relaciones sexuales

con hombres. El UNFPA estima que el suministro actual de preservativos en los países de ingresos bajos y medianos está muy por debajo de la cantidad requerida (el déficit de preservativos'). A pesar de ese déficit, los fondos internacionales destinados a la adquisición de preservativos no han experimentado ningún aumento en los últimos años¹⁸. Es necesario emprender acciones colectivas a todos los niveles para apoyar los esfuerzos de los países, particularmente de aquellos que dependen de la asistencia externa para la adquisición, promoción y distribución de preservativos.

- La educación sobre prevención del VIH y la promoción de los preservativos deben superar los obstáculos de los complejos factores de género y culturales: Por lo general, a las muchachas y las mujeres se les niega de forma sistemática y repetida la información sobre los preservativos y el acceso a este medio de prevención. A menudo carecen de poder para negociar el uso del preservativo. En muchos contextos sociales, los varones son reacios a utilizarlos. A la hora de formular los programas de promoción del preservativo este hecho debe tenerse en cuenta. Los preservativos femeninos pueden proporcionar a las mujeres más control para protegerse a sí mismas. Sin embargo, seguirán siendo sumamente vulnerables a la infección por el VIH a menos que no compartan con los varones la misma capacidad de decisión en sus relaciones interpersonales.^{16,17,18}
- En muchos países, los preservativos han desempeñado un papel decisivo en los esfuerzos de prevención del VIH: Los preservativos han contribuido a reducir las tasas de infección por el VIH allí donde el sida ya se ha extendido con fuerza, conteniendo la propagación más generalizada del VIH en lugares donde la epidemia aún está concentrada en grupos de población concretos. Los preservativos también han alentado a adoptar un comportamiento sexual más seguro de forma más amplia. Estudios recientes de la epidemia de sida en Uganda han confirmado que el aumento en el uso del preservativo, conjuntamente con el aplazamiento en la edad de la primera relación sexual y la reducción del número de parejas sexuales, fue un factor importante en el descenso de la prevalencia del VIH en el decenio de 1990¹⁹. Los esfuerzos de Tailandia para eliminar el estigma ligado al uso de preservativos y su promoción orientada a los profesionales del sexo y sus clientes han reducido drásticamente las infecciones por el VIH en esos grupos de población y ayudado a reducir la propagación de la epidemia a la población general. Una política similar

implantada en Camboya ha ayudado a estabilizar la prevalencia nacional del VIH, al tiempo que ha reducido significativamente esta tasa entre los profesionales del sexo. Además de estos progresos, la promoción temprana y enérgica del preservativo llevada a cabo en el Brasil entre la población general y los grupos vulnerables ha contribuido en gran manera al control sostenido de la epidemia.¹⁷

- Un mayor acceso al tratamiento antirretrovírico crea la necesidad y la oportunidad de promover de forma acelerada el uso del preservativo: En los países industrializados, el éxito alcanzado por la terapia antirretrovírica en la reducción de la enfermedad y la prolongación de la vida puede alterar la percepción del riesgo asociado al VIH²⁰. Una percepción de bajo riesgo y un exceso de confianza pueden conducir a tener relaciones sexuales sin protección y a un uso limitado o no sistemático del preservativo.

La promoción de la utilización correcta y sistemática del preservativo dentro de los programas de tratamiento antirretrovírico, y en el contexto de los servicios de salud reproductiva y de planificación familiar, es fundamental para reducir aún más las posibilidades de transmisión del VIH. Asimismo, para satisfacer las necesidades de prevención de todas las personas, sean VIH-positivas o negativas, es necesaria la ampliación rápida de los servicios de asesoramiento y pruebas del VIH.¹⁷

E) SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA MUNDIAL DE VIH

El porcentaje mundial de personas que viven con el VIH se ha estabilizado desde el 2000. Sin embargo, el número total de personas que viven con el VIH ha aumentado como consecuencia del número continuado de nuevas infecciones contraídas cada año y de los efectos beneficiosos de la mayor disponibilidad de terapia antirretrovírica¹⁴.

La epidemia mundial se está estabilizando, pero a un nivel inaceptablemente alto. Se estima que, en 2007, había en todo el mundo 33 millones [30-36 millones] de personas que vivían con el VIH.¹⁴ En la actualidad sigue siendo un problema de salud a nivel mundial con 34 millones de personas que viven con el virus del VIH²; de las cuales casi la mitad son mujeres; habiendo en el 2007: 2,5 millones nuevas infecciones, mientras que el 2008 se produjeron 2,7 millones de nuevas infecciones.^{1,3}

La tasa de nuevas infecciones por el VIH ha disminuido en varios países, aunque, a nivel mundial, estas tendencias favorables quedan contrarrestadas, al menos en parte, por el incremento de las nuevas infecciones en otros países.¹ África subsahariana sigue siendo la región más afectada: el 71% de todas las nuevas infecciones producidas en 2008 se dieron en esta región.³

En el plano mundial, el porcentaje de mujeres entre las personas que viven con el VIH ha permanecido estable en torno al 50% desde hace varios años. No obstante, el porcentaje de infecciones entre las mujeres está aumentando en varios países.^{1, 14}

Pero en las últimas décadas se ha dado gran importancia a la terapia con antirretrovirales, generando metas para una cobertura aun mayor de esta terapia. Tanto que para el 2010, un número récord de 1,4 millones de personas inició por primera vez el tratamiento antirretrovírico, una cifra muy superior a cualquier año previo.²

Se estima que 370 000 [330 000-410 000] niños menores de 15 años contrajeron el VIH en 2007, número que se mantiene para el 2009.^{1, 14}

En los últimos años se han producido avances importantes en la prevención de nuevas infecciones entre niños gracias al aumento del número de mujeres embarazadas seropositivas que ha accedido a la profilaxis antirretrovírica durante el embarazo, el parto y la lactancia. El número de nuevas infecciones por el VIH en niños fue en 2009 un 26% menor que en 2001.²

E) SITUACIÓN ACTUAL DEL VIH EN EL PERÚ

El Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011 para la Prevención y Control de las ITS y VIH/SIDA en el Perú, tiene como función guiar las acciones contra el VIH/SIDA del sector gubernamental, sector no gubernamental y de la cooperación internacional en ese período. En este documento se expone la situación, magnitud y evolución de la epidemia de VIH/SIDA en el Perú. Según datos oficiales de la Dirección General de Epidemiología

del Ministerio de Salud, al 31 de enero de 2006, se registraron 18059 casos de SIDA Y 24449 casos de VIH notificados. “La mayoría de los casos proceden de las ciudades y departamentos con mayor concentración urbana de la costa y de la selva (Lima-Callao, Loreto, Lambayeque, La Libertad, Ucayali, Arequipa, Junín, Piura, Ancash) y su diseminación correlacionada con la mayor densidad poblacional y los flujos migratorios: Lima y callao contienen el 73% de los casos registrados”²¹

Partiendo de la clasificación que hizo el Banco Mundial en 1997, el caso del Perú se define como epidemia concentrada: “Esto Implica que la infección por VIH se encuentra mayoritariamente en ‘algún o algunos grupos’ teniendo en éstos prevalencias mayores al 5%. También implica que las gestantes presentan prevalencias menores al 1%. Estos grupos de prevalencia son (como sucede en el Perú) los grupos de Hombres que tienen sexo con otros Hombres (HSH).”²²

Esto implica, además que la forma de transmisión del VIH en países con epidemias concentradas, como el Perú, es casi exclusivamente sexual. Para ilustrar esto, las prevalencias de VIH obtenidas por la vigilancia centinela 2002 se estimaban en HSH en 13.7% y en mujeres embarazadas en 0.21%. Por ello las estrategias están centradas en estos grupos considerados vulnerables.²²

Sin embargo, también existen opiniones que señalan que no se trata de grupos poblacionales de riesgo, sino de conductas de riesgo. El aumento del número de mujeres con SIDA en relación a los hombres (y trabajos de investigación que apuntan a que existen mujeres infectadas que no han tenido más de una o dos parejas sexuales) es una realidad que no se traduce en estrategias específicas, como tampoco se desarrollan estrategias de prevención dirigidas a incrementar la percepción del riesgo en la población en general.²²

Sobre la situación de la salud en nuestro país, el Plan Estratégico Multisectorial 2007-2011 para la Prevención y Control de las ITS y VIH/SIDA en el Perú reconoce que “Actualmente en el país, subsisten importantes barreras al acceso de la población a los servicios de salud. Aproximadamente un 20% de la población del país tiene posibilidades de acceder a los servicios del seguro social (EsSALUD), sólo el 12% accede a los

servicios privados y 3% es atendido por la Sanidad de las Fuerzas Armadas (FFAA) y de la Policía Nacional del Perú (PNP). El otro 65% depende de los servicios públicos de salud, aunque se estima que entre un 20 a 25% del total no tiene posibilidades de acceder a ningún tipo de servicio de salud.²¹

La epidemia está cambiando de perfil etario, el 1,7% de los casos nuevos notificados en el 2009 fueron en niños y niñas menores de 14 años, el 13,9% se han producido en personas de 15 a 24 años de edad, el 72,8% en las personas de 25 a 49 años de edad, el 8,3% entre los que tienen de 50 a 59 años de edad y el 3,3% entre los adultos mayores.²³

En referencia a la razón hombre mujer, a comienzos de 1990 ésta era de 12 a 1; la relación ha ido reduciéndose hasta llegar a estabilizarse en 3 a 1, razón que se mantiene hasta la actualidad.²⁴

Entre las barreras que impiden o limitan dicho acceso se encuentran las económicas, geográficas, culturales y las relacionadas a los prestadores y servicios de Salud”. Desde una perspectiva relativamente optimista considera posible que un porcentaje significativo de PVVS estaría cubierto por EsSALUD, aunque reconoce que la enfermedad “dificulta la continuidad laboral de las personas PVVS con las consecuencias de desprotección que esto acarrea”.²²

F) SIDA Y EMBARAZO²⁵

Estudios epidemiológicos sugieren que las tasas de embarazos en mujeres seropositivas que no han presentado SIDA son comparables con aquellas no infectadas, mientras que las que desarrollaron la enfermedad la probabilidad de embarazarse es bastante menor.

La mayoría de las mujeres descubren su portación o enfermedad durante el embarazo o posterioridad al parto al pesquisar la infección en su descendencia. En relación a la necesidad de testear a todas las mujeres en su consulta pre y/o postconcepcional, el American College of Obstetricians and Gynecologists, recomienda realizarlo en forma rutinaria.

El acto de consejería pre test, la necesidad de consentimiento informado y la voluntariedad de las personas en la decisión de la realización del examen, por lo que su toma requiere la participación de personal adiestrado en “consejería”, la cual ha reforzado la decisión en la mujer a realizarse el examen y ha llevado a un significativo aumento en la adhesión a conductas preventivas y al tratamiento de habilitar a la mujer para el enfrentamiento del estrés, la toma de decisiones relacionadas con el VIH/SIDA durante el embarazo y la discusión de elementos para la prevención de la transmisión vertical”, es importante recomendar la necesidad de tratar en ella los siguientes tópicos:

- Influencia del VIH en el embarazo.
- Riesgo de transmisión vertical e impacto de medidas profilácticas.
- Beneficios y riesgos de la terapia antirretroviral.
- Pronóstico para los niños que adquieren la infección.
- Riesgos relacionados con la amamantación.

Afortunadamente, el estado gravídico no parece alterar la evolución o la historia natural de la infección por VIH, ya que si bien es cierto se ha descrito un descenso del recuento de células CD4 durante el embarazo, estas vuelven a su línea basal después del parto. En ausencia de complicaciones, tales como drogadicción o enfermedad médica crónica, la incidencia de patología obstétrica no aumenta permaneciendo el aborto espontáneo, restricción del crecimiento intrauterino, parto de pretérmino y muerte fetal dentro de prevalencias esperables. Sin embargo, en gestantes con un compromiso significativo del sistema inmunitario ($CD4 < 300/dl$) el riesgo de las complicaciones infecciosas se incrementan.

El enfrentamiento clínico a una gestante seropositiva se debe basar en una evaluación minuciosa de su estado de salud inicial, realizándose un completo examen físico, dando especial atención a aquellos signos que nos orienten a patología infecciosa oportunista y evaluando su estado inmunitario actual. Dentro de los exámenes de laboratorio que rutinariamente deben realizarse destacan:

Parámetros infecciosos:

- Serología rubéola.
- Urocultivo.
- Antígeno de superficie de virus hepatitis B.
- RPR ó VDRL.
- Serología para hepatitis C.
- PPD para tuberculosis.
- Serología para Toxoplasma gondii.
- Serología para citomegalovirus.
- Cultivo para gonococco, Chlamydia, Micoplasma y Ureaplasma.

Parámetros inmunológicos:

- Recuento de CD4
- Evaluación de carga viral (PCR).

Todas las evaluaciones de diagnóstico prenatal pueden realizarse sin contraindicación, salvo aquellas técnicas invasivas que signifiquen un riesgo adicional al feto de ser infectado (biopsia de vellosidad corial, amniocentesis, cordocentesis).

3.2.- ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

La relación existente entre la psicopatología (trastornos mentales: psiquiátricos y/o de la personalidad) y las ITS/VIH-SIDA se ha estudiado desde cuatro líneas de investigación: la primera línea evalúa la ocurrencia de trastornos de la personalidad previos a la infección por VIH; la segunda línea considera no sólo la psicopatología previa, sino también los eventos estresantes actuales y/o la amplia variedad de estados de ánimo transitorios como el miedo, la fatiga y la depresión; la tercera estudia las reacciones emocionales frente al diagnóstico y evolución de la enfermedad; finalmente, la cuarta línea pretende establecer la prevalencia del SIDA en pacientes psiquiátricos.²⁶

Dentro de la primera línea de investigación, es importante resaltar el estudio efectuado por Jacobsberg y col.²⁷, en Estados Unidos de Norteamérica, entre un total de 220 voluntarios para un examen de VIH-SIDA y orientación (*counseling*) y 40 sujetos seropositivos, donde se encontró que los voluntarios VIH positivos diferían de los VIH

negativos, en que los primeros tenían una mayor frecuencia de diagnósticos psiquiátricos y de mayor severidad.

El trastorno límite o *borderline* de la personalidad fue el diagnóstico más frecuente entre los sujetos VIH positivos (13% de 30) que entre los seronegativos (3% de 136). El análisis estadístico reveló diferencias significativas ($\chi^2 = 4.48$ $p < .03$). Otro hallazgo significativo de esta investigación fue que 42% (de los 62 sujetos con trastornos de la personalidad) y 10% de la muestra total, tenían un solo diagnóstico de personalidad; mientras que casi la mitad de los sujetos con trastornos de la personalidad tenían además otro diagnóstico psiquiátrico. Los autores señalan que la alta tasa de trastornos de la personalidad entre sujetos seropositivos preexistía a su conocimiento de su estatus de VIH-SIDA (ya que este tipo de trastornos se inician en la infancia o adolescencia), por lo que los autores sugieren la existencia de una asociación entre trastorno de la personalidad y el riesgo de tener una infección por VIH-SIDA. Las tasas de trastornos de la personalidad en los sujetos en riesgo por el VIH-SIDA fueron más elevadas que las informadas en las muestras de dos comunidades (6% y 9%).²⁸

Dentro la segunda línea de investigación, en la cual se considera a la enfermedad como un disruptor de las actividades y del proyecto de vida, se encuentra el meta análisis efectuado por Scheier y Bridges. Estos autores analizaron críticamente las investigaciones prospectivas efectuadas hasta el momento y encontraron que la infección por VIH y el SIDA estaba asociada a variables personales como depresión, pesimismo y fatalismo.²⁹

En la tercera línea de investigación, destaca el estudio de Perratta y col. en Italia, quienes evaluaron la distribución de los diagnósticos psiquiátricos en diferentes etapas de la enfermedad, en un grupo de 63 mujeres y 27 hombres, admitidos a un centro dedicado al cuidado de pacientes con SIDA, que manifestaron un alto porcentaje de adicción a los medicamentos.³⁰ En la etapa inicial de la enfermedad se informó de altos niveles de síntomas como la ansiedad psíquica y somática; mientras que en las etapas subsecuentes, se encontraron de manera más frecuente trastornos cognoscitivos, retardo motor y desorientación. Cabe señalar que 84% de los pacientes reunieron los criterios diagnósticos de acuerdo con el DSM-III-R. Asimismo, se ha encontrado que el riesgo de

presentar un trastorno depresivo es muy alto en los pacientes con infección por VIH/SIDA.³¹

Como ejemplo de la cuarta y última líneas de investigación, se encuentra el estudio realizado por Chandra y col., en la India, llevado a cabo en 1,200 pacientes psiquiátricos entre los que se identificó un factor de riesgo, motivo por el cual fueron sometidos a un examen de laboratorio: 35 pacientes fueron detectados como seropositivos (3.4%). Todos los casos seropositivos tenía una historia de múltiples parejas sexuales y en tres de ellos había una historia de comorbilidad (abuso de drogas). Los diagnósticos psiquiátricos observados fueron: trastornos de personalidad (34%), dependencia al alcohol (29%), trastorno afectivo bipolar (11.5%), esquizofrenia (11.5%), abuso de sustancias (8.5%) y demencia (7.5%). La comorbilidad de dependencia al alcohol, como segundo diagnóstico, estuvo presente en 85% de los pacientes seropositivos. Ninguno de los pacientes tenía conocimiento de su estatus VIH-SIDA, previo a su admisión.³² El hallazgo más importante de esta investigación fue la alta prevalencia de dependencia al alcohol y el elevado porcentaje de trastornos de la personalidad.

En una investigación realizada en el Hospital General de Leicester (Inglaterra) donde se estudiaron a 209 mujeres que cursaban entre las semanas 12 y 20 de gestación, se encontró que una respuesta afirmativa en cualquiera de los seis reactivos indicadores de depresión, en una versión modificada del GHQ-D, fue el mejor predictor de la depresión posnatal³³. Resultados similares fueron encontrados por Josefsson y col., quienes aplicaron la EPDS a 1,558 mujeres en Suecia en un estudio longitudinal realizado entre la semanas 35-36 de gestación, en el hospital (1-5 días después del parto), en la exploración médica de rutina (seis-ocho semanas posparto) y a los seis meses. El hallazgo principal fue la correlación existente entre los síntomas de depresión durante este periodo tardío de la gestación con la depresión posparto (Spearman $r = 0.50$; $p < 0.001$)²⁶; un resultado semejante se obtuvo en el estudio de validación anterior del EPDS en el INPer ($r = 0.625$, $p < 0.001$). Cabe hacer notar que en esta muestra de 354 gestantes, los factores se agruparon de manera diferente a esta investigación, lo cual podría deberse a la presencia de ITS originadas por virus que ponen en peligro la vida, donde la amenaza de muerte incrementa los sentimientos depresivos y ansiosos.³⁴

En el posparto existen más de veinte estudios de validación del EPDS. Eberhard-Gran y col. realizaron un meta análisis de 18 estudios efectuados entre 1987 y 2000, el tipo de diseño varió entre los diversos estudios, así como en el tiempo de aplicación (desde el cuarto día posparto, hasta seis meses después). Se ha reportado una sensibilidad entre 65-100% y una especificidad entre 49-100%, mientras que los puntos de corte para establecer el diagnóstico de probable caso de depresión oscilan desde 8/9 hasta 12/13.³⁵

Un estudio realizado en Katmandú, con un punto de corte 12/13, realizado en 100 mujeres en el segundo o tercer mes posparto, mostró una sensibilidad de 100%, especificidad de 92.6% y un valor predictivo positivo de 41.6%.³⁶ Cabe hacer notar que el EPDS se ha empleado también para investigar las diferencias de los factores asociados a la depresión posparto entre diferentes culturas (por ejemplo, entre mujeres del Reino Unido y Taiwán).³⁷ Las diferencias significativas encontradas en el factor uno de depresión/ ansiedad y más específicamente, en los tres reactivos del Cuestionario General de Salud (GHQ), que indagan acerca de la posibilidad o la idea de quitarse la vida, o de estar muerta y alejada de todas las demás personas; así como relativo a experimentar sentimientos de tristeza y depresión, en los cuales el grupo de ITS con predominio viral obtuvo puntajes más elevados, esto lleva a pensar en la probabilidad de que las mujeres con ITS de predominio viral padezcan de un cuadro de depresión clínica.

La situación de infección por el VIH/ SIDA en mujeres es incrementada por cuestiones sociales relacionadas al género y a la restricciones impuestas a los aspectos reproductivos, trayendo a ellas una sobrecarga psicológica particular. Mientras la maternidad es, para mujeres no-portadoras del virus, socialmente deseada.³⁸

Considerándose todo ese complejo escenario, es importante acordar que, para muchas mujeres, el momento del descubrimiento del embarazo coincide con el descubrimiento de la infección o con la revelación del diagnóstico en la familia y en la relación amorosa, factores estos que pueden hacer la situación aún más dramática. Aunque el estudio de Ingram & Hutchinson no tenga enfocado la gestación pero sí el periodo post-natal, los autores relataron que las madres que tenían descubierto la

infección durante el embarazo acordaban ese hecho como algo especialmente difícil.³⁹ Por su parte, Ethier y Ickovics (en el año 2002) recomendaron que otros estudios atentaran para los riesgos psicosociales envueltos en el diagnóstico de infección.⁴⁰

Sobre ese asunto, Kwalombota encontró que mujeres diagnosticadas como portadoras del VIH/SIDA durante una gestación presentaron señales de depresión mayor y desordenes somáticas, a la diferencia de gestantes que tenían conocimiento previo de la infección, las cuales reportaron mayor ansiedad cuánto a la posibilidad de infectar el bebé.⁴¹

Así, no es raro que mujeres tengan conocimiento de su serología positiva durante la gestación o parto, lo que puede causar un impacto psicológico bastante intenso. En otros casos, es en ese momento que sospechas ya existentes en torno a la enfermedad se confirman para la mujer. Por veces, la infección permanece en secreto en la familia, y un embarazo puede desafiar el mantenimiento del mismo. De cualquier manera, cuando la mujer se descubre portadora del VIH/SIDA durante la gestación, eso hace que ella se depare con la revelación de su diagnóstico y, eventualmente, del hijo, lo que exige una difícil adaptación.⁴²

A través del relato del acompañamiento psicológico de cinco gestantes portadoras del VIH/ SIDA, Azevedo mostró que cuando la preocupación con el mantenimiento del secreto es intensa puede haber dificultad en hacer un hueco psicológico para el hijo y para elaborar las expectativas en relación a él. Cuando el diagnóstico de infección por el VIH/ SIDA ocurre durante el trabajo de parto o inmediatamente después del nacimiento, el impacto psicológico sobre la mujer puede ser aún mayor por el desgaste físico y emocional que ese momentos.⁴²

En un estudio cualitativo, fueron entrevistadas tres madres que habían descubierto su infección por el VIH/SIDA durante el parto. Los hallazgos demostraron cuánto la noticia de la infección en esa ocasión puede ser impactante para las madres, repercutiendo en sus relaciones familiares y en las su bebé.⁴³

La experiencia de la maternidad, por sí sólo, envuelve un intenso trabajo psicológico de la mujer, iniciándose en el embarazo y extendiéndose a los primeros años de vida del niño.⁴⁴ La vivencia subjetiva de hacerse madre exige que la mujer se enfrente con la formación de un nuevo ser dentro de sí y con la realidad impuesta por el nacimiento del hijo. Delante de eso, la madre necesita elaborar sus sentimientos en relación al embarazo, buscando posicionarse en ese papel y buscando esbozar un lugar para el hijo en la relación con ella y con la familia.⁴⁵

A la vez, sentimientos de culpa y miedo están presentes en gestantes y madres portadoras del VIH/SIDA, pudiendo traer consigo un sufrimiento psíquico importante. Según Carvalho y Piccinini, la culpa por colocar el hijo en riesgo, el miedo de infectarlo y de que él venga a fallecer por la infección, se contrasta con la concepción idealizada de la maternidad, que da a la mujer la capacidad de generar la vida y asumir un lugar social privilegiado. Sin embargo, se considera que la presencia o la intensidad de esos sentimientos está también asociada a las ambivalencias y paradojas vividas por cualquier madre, trayendo sobrecargas particulares.⁴⁶

En algunos casos, relacionamientos distantes o de conflicto ya se hicieron parte de un patrón familiar, siendo que la infección por el VIH/SIDA es más un factor de complicación de esas relaciones. Para otras gestantes, el principal problema es la sorpresa del diagnóstico y la dificultad en revelarlo para la familia. Además de eso, se observa la presencia marcada, en los relatos de esas madres, de relaciones de pérdida, abandono o abuso con las figuras parentales es inevitable pensar que la situación de infección por el VIH/SIDA en esas mujeres impone, aunque en un futuro distante, dejar el hijo sin su presencia, como si esa fuera una forma de repetir algo que ellas mismas experimentaron. En ese sentido no fueron encontrados estudios que busquen particular los aspectos subjetivos y la historia familiar de esas mujeres a las especificidades traídas por la infección por VIH/SIDA y por el momento de transición para la maternidad.⁴⁶

El parto también parece ser motivo de gran preocupación para esas gestantes; destacan que el desconocimiento sobre cómo se efectúan, en la práctica, las medidas profilácticas durante el trabajo de parto genera ansiedad y fantasías entre las gestantes portadoras del VIH/SIDA. Los autores refieren, aún, que el hecho de saber que lo parto es

un momento crucial para evitar la infección del niño puede aumentar la tensión y el miedo de las madres. Consecuentemente, el periodo que se sigue al nacimiento es permeado por la incertidumbre cuanto al diagnóstico del hijo, así como por la necesidad de retomar o iniciar el propio tratamiento.⁴⁶

Un estudio cualitativo investigó la experiencia de la maternidad a los tres meses de vida del bebé entre seis madres portadoras del VIH/ SIDA. Se encuentra sometida la evaluación para publicación. Los resultados de ese estudio evidenciaran lo cuánto la experiencia materna estaba permeada por los temores conectados a la condición de portadoras del VIH/ SIDA y a la posibilidad del hijo estar infectado. Las madres relataron preocupaciones con la posibilidad de infección del hijo y con la salud del bebé, además de sentimientos e incertidumbre cuanto al futuro, culpa y miedo del prejuicio. Para las tres madres que ya se sabían infectadas por el VIH/SIDA, esos recelos ya estaban presentes desde la gestación, mientras para las tres madres que tuvieron su diagnóstico en el momento del nacimiento del hijo, esto era algo aún muy reciente y más difícil aún de ser asimilado. El estigma del VIH/ SIDA, la presencia de conflictos familiares, inestabilidad en la relación con el padre del bebé, dificultades en asimilar el diagnóstico y el tratamiento, además de restricciones socioeconómicas y en su red de apoyo, exigían un gran esfuerzo emocional y una reorganización familiar y subjetiva de esas mujeres. En respuesta a esos desafíos, las madres buscaban sostener una identidad fuerte, centrando sus preocupaciones en el niño, evitando pensamientos negativos para enfrentar la enfermedad y apoyándose en modelos maternos positivos. Con eso, buscaban asegurar una relación de afecto y protección del bebé.⁴³

El 2009 se realizó un estudio acerca de los conocimientos sobre VIH/sida en un grupo de embarazadas VIH positivas, donde se encontró que fundamentalmente no existe un adecuado conocimiento sobre las vías de transmisión de la enfermedad, así como percepción del riesgo ante el VIH. Por ello se concluyó que la promoción y planificación de la información sobre el VIH/SIDA podría contribuir en la prevención de la infección en la embarazada VIH (+).⁴⁷

En otra investigación acerca de las características psicológicas de mujeres embarazadas con diagnóstico de VIH/SIDA; se encontró que el 29,4% tenía niveles altos

de ansiedad, el 23,5% depresión, concluyéndose que la ansiedad y la depresión son las principales alteraciones psicológicas que se relacionan entre sí y con la percepción de control en este grupo de mujeres.⁴⁸

En la investigación titulada Embarazo y VIH/SIDA: Vivencias del proceso salud – enfermedad – atención, se demuestra que el conocimiento y la información, la prevención primaria y secundaria del VIH/SIDA involucra cambios en una serie de prácticas que suponen resignificaciones y modificaciones en los vínculos interpersonales, la sexualidad, la salud, la enfermedad y el cuidado del propio cuerpo y el de los otros. En sectores que viven en condiciones de vulnerabilidad estructural, como los aquí estudiados, la susceptibilidad al VIH/SIDA por ser mujer, pobre y joven se incrementa notablemente como lo muestran los actuales perfiles epidemiológicos.⁴⁹

Por otra parte en un estudio acerca de Indicadores de malestar emocional y depresión en mujeres embarazadas con ITS-VIH/SIDA; se determinó la validez concurrente, de los coeficientes de correlación del GHQ y la EPDS (0.628 y 0.547), los cuales mostraron una asociación significativa, de modo que ambos instrumentos reúnen las características psicométricas para ser aplicados durante la gestación. Además otro resultado que se obtuvo fue que las mujeres con ITS por VPH o VIH mencionaron padecer un número mayor de síntomas de depresión en comparación con las mujeres sin ITS.⁵⁰

Se ha estudiado también el Trastorno límite de la personalidad y su asociación con el VIH/SIDA en gestantes. Determinando que existe una asociación significativa entre el padecer un trastorno mental y la adquisición del VIH/SIDA y en conclusión vulnerabilidades acumuladas tanto sociales (pobreza, menor nivel de escolaridad, sin pareja) como psiquiátricas (trastorno de personalidad), intervienen en la infección por VIH.⁵¹

Un antecedente de importancia para nuestro estudio es la investigación denominada: Experiencia de vivir con el VIH / SIDA en un país latino: un análisis cualitativo. Aquí los resultados indican que las personas que viven con VIH /SIDA presentan múltiples problemas y necesidades, resultados similares a otros estudios en

Latinoamérica. Uno de los problemas de mayor impacto en las personas que viven con el VIH / SIDA es el estigma interno, estigma externo y discriminación (laboral y del personal de salud) originando sentimientos de temor, soledad y depresión.⁵²

En virtud de la importancia de la gestación, del parto y de los primeros meses del bebé para la experiencia de la maternidad, queda evidente que la infección por el VIH/ SIDA puede traer importantes impactos psicológicos para la madre en ese periodo. Añádase a eso la presencia de factores que denotan vulnerabilidad social frecuentemente encontrados entre madres portadoras del VIH/ SIDA, como depresión, baja renta familiar y poco apoyo social, otras dificultades y desafíos enfrentados por esas mujeres se relacionan al impacto del diagnóstico y del estigma relacionado a esa infección para las relaciones familiares y, en particular, para la relación con los hijos al largo de su desarrollo.

3.3.- DEFINICIÓN DE VARIABLES

- **Mujer Embarazada:** Dicho de una mujer que ha concebido y tiene el feto o la criatura en el vientre.⁵³
- **VIH positivo:** Diagnostico que se da a la persona cuya serología es reactiva a la prueba para detectar VIH.⁵⁴
- **Perspectiva de vida:** 1. Punto de vista desde el cual se considera o analiza un asunto. 2. Visión considerada en principio más ajustada a la realidad, que viene favorecida por la observación ya distante, espacial o temporalmente de cualquier hecho o fenómeno.⁵³

3.4.- VARIABLES DE ESTUDIO

3.4.1. Características Socio Demográficas:

- Edad
- Grado de instrucción
- Procedencia
- Estado civil

- Número de hijos

3.4.2. Perspectiva de vida en el aspecto personal

- Esperanza de vida:
- Motivación para seguir el tratamiento
- Complicaciones de su salud
- Estilo de vida
- Continuación de planes anteriores
- Reacción frente a situaciones adversas
- Propuestas para mejorar su calidad de vida
- Autoconcepto como madre
- Autoconcepto laboral

3.4.3. Perspectiva de vida en el aspecto familiar

- Conocimiento del VIH en la gestación
- Conocimiento de los riesgos para el hijo.
- Apoyo de la Pareja
- Apoyo de Familiares
- Apoyo de amistades.

3.4.4. Perspectiva de vida en el aspecto social.

- Reacción de amistades
- Reacción de vecinos
- Oportunidades laborales
- Discriminación
- Rechazo
- Exclusión
- Interés en grupos de ayuda
- Ayuda a la sociedad

CAPITULO IV. MATERIALES Y METODO

4.1.- TIPO DE ESTUDIO

Exploratorio.

De corte transversal y enfoque cualitativo.

4.2.- DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la presente investigación es exploratorio con un enfoque cualitativo. Para el desarrollo de la misma se diseñaron un formato de recolección de datos generales y una guía de preguntas (Ver Anexos 1 y 2) para el recojo de la información en dos momentos:

El primer momento, donde se identifica a las características sociales y demográficas de las embarazadas VIH positivas, así como sus antecedentes obstétricos.

En el segundo momento, la parte exploratoria, donde se realizó un Focus groups al grupo de embarazadas VIH positivas para explorar sus perspectivas de vida en el aspecto personal, familiar y social.

4.3.- POBLACIÓN

Constituida por mujeres embarazadas VIH positivas que acuden al servicio de Infectología del Hospital Nacional Dos de Mayo durante el período de agosto 2010 a mayo 2011.

4.4.- MUESTRA

Por ser un trabajo cualitativo y tratarse de una micro – población, se trabajó con toda la población constituida por las gestantes VIH positivas que se presentaron al servicio de Infectología durante el periodo de estudio que cumplieran con los criterios de inclusión. Para esta investigación la muestra fue de 6 gestantes.

4.5.- UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de análisis lo constituye cada mujer embarazada VIH positiva del Hospital Nacional Dos de Mayo durante el periodo comprendido entre agosto 2010 – mayo 2011.

4.6.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- a) Mujeres embarazadas VIH positivas en el primer, segundo o tercer trimestre del embarazo.
- b) Mujeres embarazadas que acudan al servicio de Infectología del Hospital dos de Mayo.
- c) Mujeres embarazadas que acepten participar en este estudio.

4.7.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- a) Mujeres no embarazadas.
- b) Mujeres embarazadas que no acudan al servicio de Infectología del Hospital dos de Mayo.
- c) Mujeres embarazadas que no acepten participar en este estudio.

4.8.- TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Método: Entrevista Grupal

Técnica: La técnica que se utilizó es el Focus group o Grupo Focal, que es una técnica de la investigación de orden cualitativo que aprovecha la dinámica de grupo y permite a un grupo pequeño de participantes (en este caso fueron 6 personas) ser guiados por un moderador calificado para alcanzar niveles crecientes de comprensión y profundización de asuntos fundamentales de un tema de estudio; de este modo se pudo explorar el aspecto personal, familiar y social de estas personas. Para ello, se tuvo que cumplir ciertas características.

1. Interacción entre un grupo de personas.
2. La gente conoce los objetivos, la razón de estar ahí.
3. La gente sabe que se le observa.
4. Grupo pequeño, que puede ser de 4 a 12 integrantes.

5. Grupo relativamente homogéneos.
6. Un moderador que conduce el grupo (varía lo estructurado)

El grupo focal invita a mirar relaciones, significados en torno a la salud materna infantil desde los acontecimientos cotidianos de relaciones. Recogiendo la voz de los programas y proyectos que se gestan y desarrollan localmente y conociendo e incluyendo la voz de otros actores locales como madres gestantes, madres cuidadoras, padres de familia, líderes comunitarios entre otros. En este caso se trata de gestantes con VIH.

Esta técnica contribuye a la caracterización del contexto en las dinámicas familiares, sociales e institucionales ampliando las comprensiones y visualizando posibles enlaces que nutran los procesos de salud.

Instrumento:

El instrumento fue una Guía de preguntas elaborada por las investigadoras; según las variables de estudio y los objetivos de la investigación; validado por Juicio de expertos.(Ver Anexo3)

No se realizó prueba piloto debido a que se trata de una micro-población y la naturaleza del estudio no lo hizo posible.

4.9.- PLAN DE PROCEDIMIENTOS

El procedimiento para realizar el presente estudio se hizo en los siguientes pasos:

1. Trámite administrativo para lograr el permiso respectivo de las autoridades pertinentes del Hospital Dos de Mayo.
2. Presentación de las investigadoras al personal de salud que se relaciona con las pacientes y a ellas mismas para establecer familiaridad y presentar el consentimiento informado.
3. Coordinación con el hospital, con el personal de salud y con las pacientes con fin de establecer el lugar y la fecha para recoger la información.
4. Realización del Focus Group; Aplicación de la técnica e instrumentos.

5. Transcripción de la entrevista realizada.
6. Procesamiento de la información recogida de acuerdo a la metodología indicada.
7. Elaboración de conclusiones de acuerdo a los objetivos planteados.

4.10.- TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Procesamiento de datos

Una vez recolectados los datos; los datos generales fueron vaciados en tablas y gráficos con ayuda del programa Microsoft Excel; mientras que los datos de la entrevista fueron obtenidos mediante una radiograbadora y cintas de casete de la marca Sony; de duración aprox. 1 hora y media, estos fueron transcritos tal y como se grabaron, empleando el programa Microsoft Word, previa verificación de su validez, teniendo así una base de datos, cuyo contenido fue analizado cualitativamente.

Análisis de datos

Se realizó basado en los resultados del procesamiento de datos y las variables de estudio, los cuales fueron constatados con antecedentes y teorías del problema de investigación en correspondencia con los objetivos planteados, para lograr la validez de nuestra investigación y obtener conclusiones válidas.

4.11.- CONSIDERACIONES ÉTICAS

La finalidad del presente estudio es identificar y evaluar las perspectivas de vida en el aspecto personal, familiar y social de las embarazadas VIH positivas, para lo cual se considero esencial la confidencialidad de la participación de las entrevistadas, se les dio a conocer el propósito del Focus group, cómo sería utilizada la información que nos brindaran y quienes podrían tener acceso a esta. Toda la información se brindo adjunta a la presentación de la ficha de consentimiento informado y la firma de esta por cada una de las gestantes. (Ver Anexo4)

CAPITULO V: RESULTADOS

Para la obtención de los resultados que se presentaran a continuación se utilizó un formato de recolección de datos generales y una guía que fue elaborada en base a las variables de estudio y los objetivos de la investigación.

Se logró contactar a 11 mujeres embarazadas VIH positivas que recibían TARGA en el área de Infectología del Hospital Dos de Mayo. De estas 2 no aceptaron participar en el estudio y otras 3 pasaron a condición de puérperas en el transcurso de selección de las gestantes; por lo que el estudio se realizó con 6 mujeres que cumplían con los criterios de inclusión.

Dentro de los problemas encontrados para la aplicación del instrumento; tenemos que el vivir en distintos distritos, demoró la coordinación con las participantes para el día y la hora de la reunión; por otra parte el hecho de que la gestación sea una condición pasajera hizo que las gestantes con mayor edad gestacional pasaran a ser puérperas antes de culminar la selección de participantes y la coordinación de la fecha y hora de la reunión, lo que impedía su participación al no cumplir con los criterios de inclusión. Cabe mencionar también que todas ellas mostraban desconfianza en un inicio, pues a ninguna le agradaba la idea de que una persona externa se enterara de su diagnóstico y menos que las graben; sin embargo, al explicarles que solo se grabaría un audio, que el trabajo era confidencial y mostrarles el consentimiento informado, la mayoría accedió a participar de la investigación.

Todas las participantes colaboraron gustosamente, respondiendo las preguntas que se formulaban; previa presentación del consentimiento informado.

SESIÓN:

La sesión se realizó el día 04 de mayo del 2011, a las 10:00 hrs; en un ambiente cerrado del hospital Dos de Mayo, para evitar interferencias externas. Como participantes estuvieron las seis gestantes sentadas en semicírculo mirando hacia las dos investigadoras y la moderadora, cada una con un rol específico:

- **Moderadora: Obstetriz Eliana Ronquillo** COP 20358, Magister en Salud Sexual y Reproductiva; encargada del programa TARGA en el área de Infectología del Hospital Dos de mayo; se encargó de la conducción del grupo, formulando las preguntas de la guía.
- **Observadora: Lyzzeth B Alvarado Ocrosoma**; Bachiller en Obstetricia e investigadora; se encargó del registro de las observaciones, reacciones, apuntes acerca del contexto.
- **Encargada de logística: Rosa Luz Varillas Quijandría**; Bachiller en Obstetricia se encargó de organizar las bebidas y alimentos, además de la retribución de los pasajes de las gestantes.

La entrevista fue grabada en su totalidad con una radiograbadora y cintas de casete de la marca Sony; de duración aprox. 2 horas y media; luego fue transcrita en su totalidad al formato Word (Ver Anexo5). Hubo un pedido explícito por medio de las gestantes de conservar en lo mayor posible la confidencialidad de su participación en el estudio, por lo que no se permitieron fotos ni grabación por medio de video.

Antes de iniciar la sesión, se tomaron los datos socios demográficos de cada participante mediante un formato simple, con el que se llenó el siguiente formulario:

FORMULARIO PARA GRUPO FOCAL

Departamento: Lima.

Localidad del Grupo Focal: Barrios Altos.

Hospital del Grupo Focal: Hospital Nacional Dos de Mayo.

Horario Grupo Focal: 10:30 hrs a 13:00 hrs.

MUJERES	GESTANTE 1	GESTANTE 2	GESTANTE 3	GESTANTE 4	GESTANTE 5	GESTANTE 6
EDAD	25	36	21	26	32	26
ESTADO CIVIL	Conviviente	Conviviente	Soltera	Conviviente	Conviviente	Soltera
GRADO DE INSTRUCCIÓN	5to Secundaria	Secundaria	Superior Técnica	Superior Técnica	5to Secundaria	Superior Técnica
OCUPACIÓN	S/C	S/C	S/C	Trabaja independiente	S/C	Técnica
EDAD GESTACIONAL	30ss	8ss	36ss	37ss	32 ss	14ss
NUMERO DE HIJOS	Ninguno	4	Ninguno	1 vivo, 1 muerto	1	1
ZONA DE RESIDENCIA	La Victoria (urbano marginal)	Callao (urbano marginal)	SJL (Urbana)	Lurín (urbano marginal)	SJL (urbano marginal)	La victoria (urbana)
TIEMPO Q LLEVA CON EL DIAGNOSTICO	3 años	1 año	6 meses	5 años	7 años	4 años

La sesión se realizó, propiciando la discusión, haciendo un adecuado uso del tiempo, posibilitando una participación equitativa y evitando el cuestionamiento o control hacia las respuestas de las integrantes del grupo; consistió en lo siguiente:

- ***Presentación de las Investigadoras Moderadora (5 minutos).***

En términos generales se les pidió a las participantes su cooperación y veracidad al momento de las preguntas. Se mencionaron de nuevo los objetivos de la investigación y además se indicó que no estaban obligadas a responder si alguna pregunta les resultaba incómoda, pero que traten de responder a todas las preguntas con voz fuerte y clara; el orden de participación no siempre sería el mismo sino que para que exista un ambiente cómodo y de confianza ellas podrían responder espontáneamente, dejando en claro que mientras una hablaba las demás no interrumpirían. Por último, se les recordó que la conversación sería grabada.

- ***Presentación de las Participantes (5 minutos).***

Todas las participantes insistieron mucho en el carácter confidencial de la sesión y pidieron no decir sus nombres para la grabación. Ellas tuvieron un tiempo previo de cinco minutos para conocerse entre ellas antes de que comenzaran las preguntas.

- ***Apertura y desarrollo de la sesión basada en la guía de preguntas (2 horas 15 minutos).***

La sesión comenzó con una pregunta base acerca de cómo se sentían en ese momento. En principio las respuestas demoraron un poco y fueron algo introvertidas, tal vez debido al nerviosismo pero rápidamente se generó un ambiente de confianza. Si la sesión lo permitía, se podía improvisar con preguntas adicionales que nos brindaban más información; e incluso ellas podían formular preguntas de acuerdo al tema de discusión.

- ***Conclusiones del Grupo Focal y puntos destacados como resultado de la discusión (5 minutos).***

Al final de la sesión se trató de resumir lo más importante y obtener una pequeña conclusión del grupo.

5.1. CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y DEMOGRÁFICAS

5.1.1. EDAD

EDAD		
[20 - 25>	16.7%	1
[25 - 30>	50.0%	3
[30 - 35>	16.7%	1
[35 - 40>	16.7%	1
Total	100.0%	6

TABLA N°1

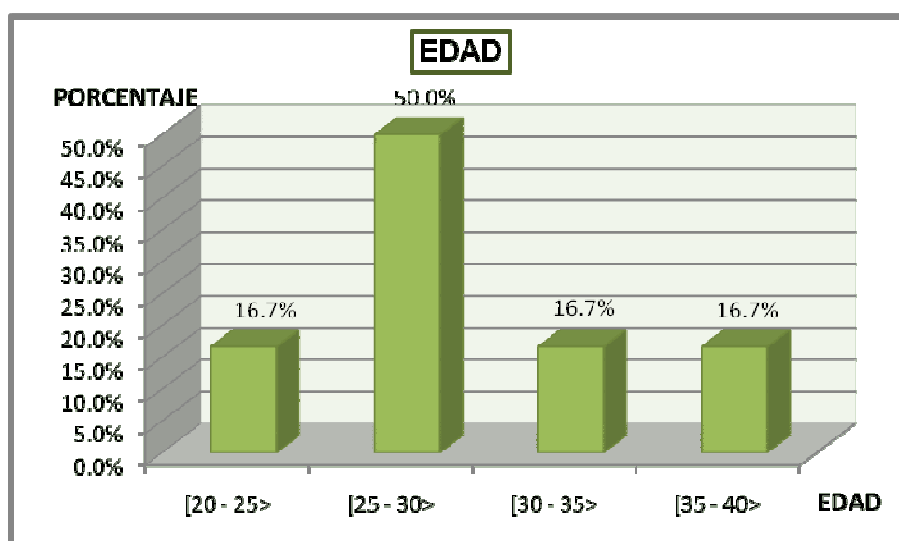


GRÁFICO N°1: Se puede apreciar en el gráfico que de las 6 gestantes VIH positivas del Hospital Nacional Dos de Mayo, 3 de ellas están comprendidas entre las edades de [20 - 25> años representando un 50%, seguido de edades de: [20 - 25>, [30 - 35> y [35 - 40> las cuales representan un número menor (16.7%). Se puede apreciar que no hay adolescentes.

5.1.2. ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL		
Conviviente	66.70%	4
Soltera	33.30%	2
Casada	0%	0
Viuda	0%	0
Divorciada	0%	0
Total	100.00%	6

TABLA N°2

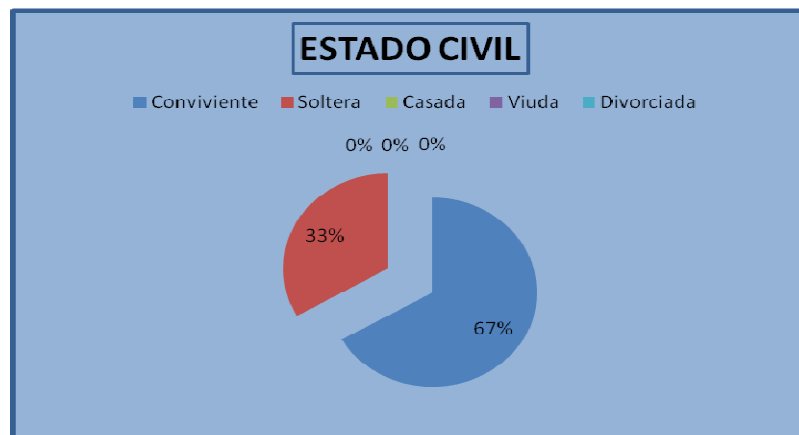


GRÁFICO N°2: En el presente gráfico de las 6 gestante VIH positivas del Hospital Nacional Dos de Mayo; El 67% representado por 4 de las participantes afirmaron ser convivientes y solo 2 de ellas son solteras representando un 33.3%.

5.1.3. GRADO DE INSTRUCCIÓN

GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Analfabeta	0.0%	0
Primaria	0.0%	0
Secundaria	50.0%	3
Superior/Técnica	50.0%	3
Total	100.0%	6

TABLA N°3

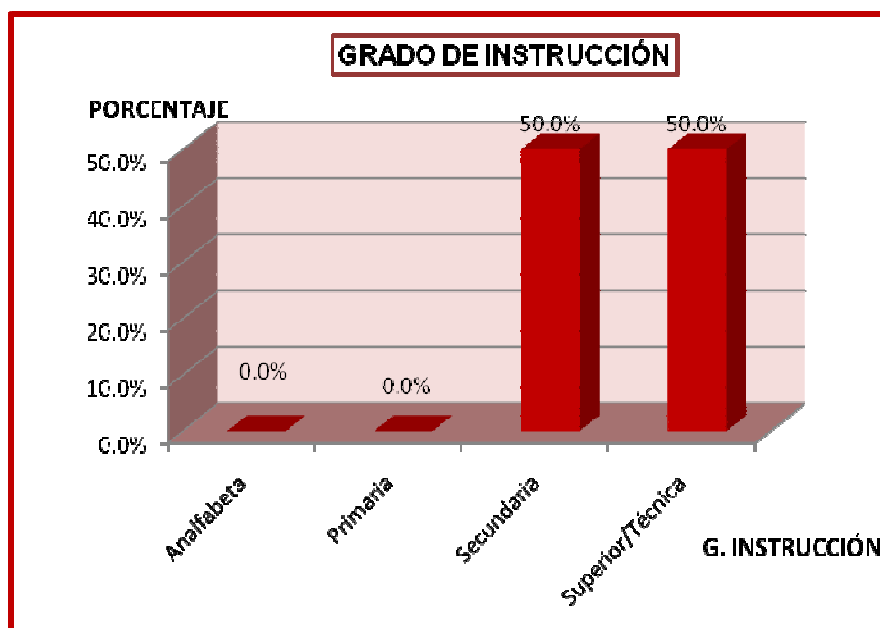


GRÁFICO N°3: Se observa que de las 6 gestantes VIH positivas del Hospital Nacional Dos de Mayo, que hay una igualdad de las personas que han culminado su secundaria (50%) con las personas que han tenido una carrera técnica (50%); ambas representan la mitad.

5.1.4. OCUPACIÓN

OCUPACIÓN		
Estudiante	0.0%	0
Ama de Casa	66.7%	4
Trabajadora	33.3%	2
Total	100.0%	6

TABLA N°4

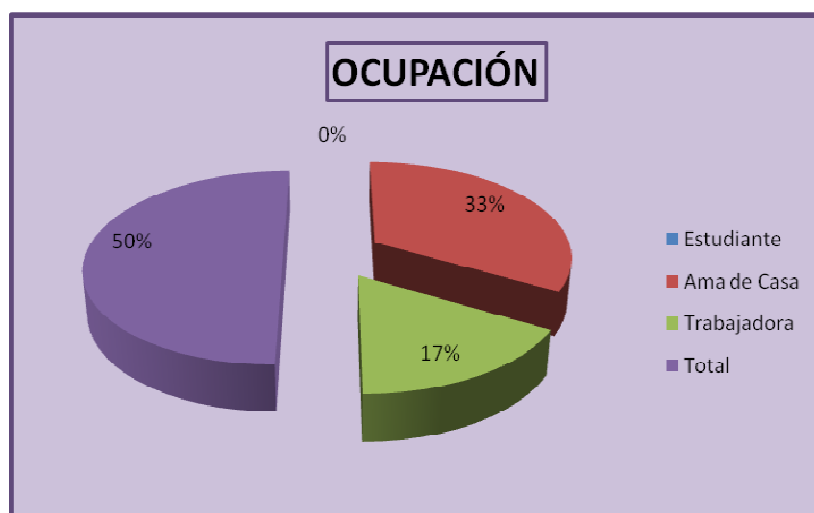


GRÁFICO N°4: Se aprecia que de las 6 gestantes VIH positivas del Hospital Nacional Dos de Mayo, 4 de ellas que representan el 66.7% se dedicaba a la labor del hogar, mientras que 2 personas que representan el 33.2% que realizan algún tipo de trabajo.

5.1.5. EDAD GESTACIONAL

EDAD GESTACIONAL		
Primer Trimestre	16.7%	1
Segundo Trimestre	16.7%	1
Tercer Trimestre	66.7%	4
Total	100.0%	6

TABLA N°5

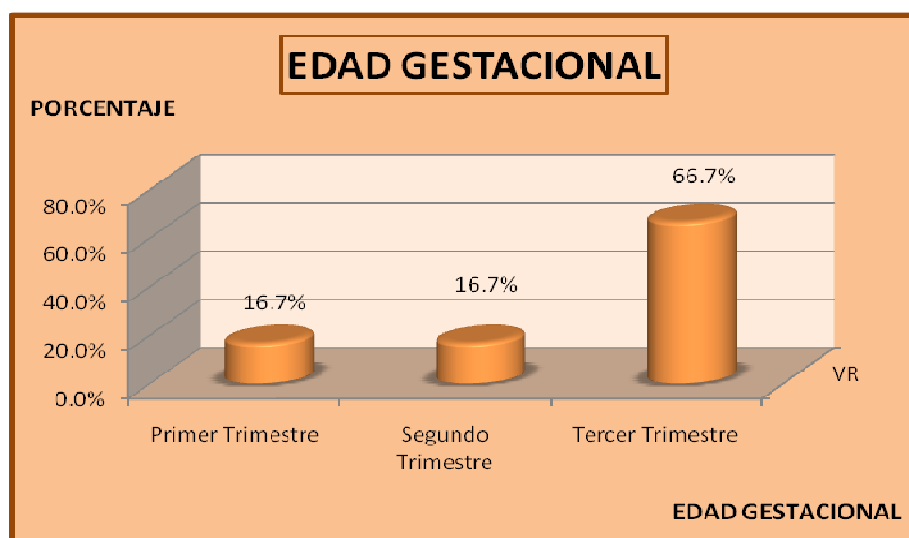


GRÁFICO N°5: Aquí podemos observar que de las 6 gestantes VIH positivas del Hospital Nacional Dos de Mayo, 4 de ellas que representan el 66.7% se encuentran cursando el tercer trimestre de embarazo y solo con un 16.7% cursan el primer y segundo trimestre.

5.1.6. NÚMERO DE HIJOS

NÚMERO DE HIJOS		
Ninguno	33.3%	2
1	33.3%	2
2	16.7%	1
3 a más	16.7%	1
Total	100.0%	6

TABLA N°6

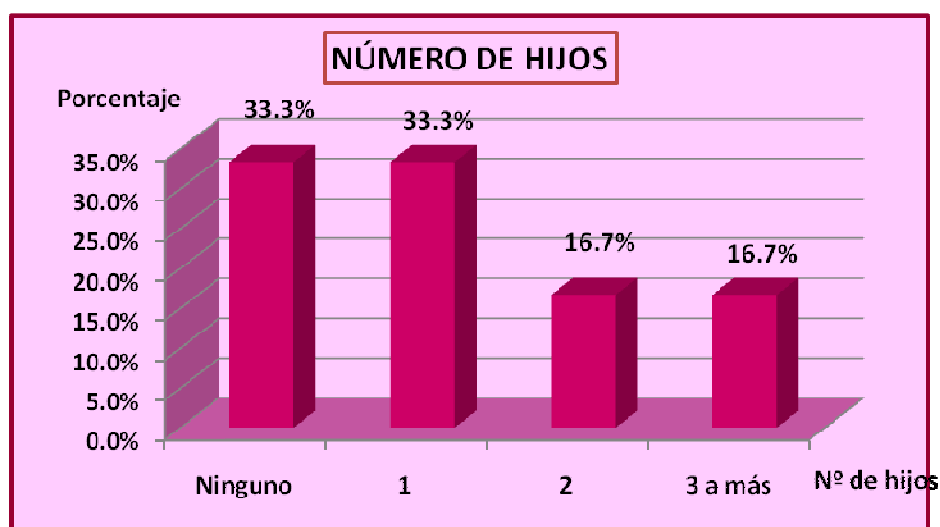


GRÁFICO N°6: Se aprecia que de las 6 gestantes VIH positivas del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2 de ellas representan un 33.3%, no teniendo hijos, al igual 2 de ellas representan un 33.3%, teniendo 1 hijo; y representan un 16.7% 1 gestante con 2 hijos y una gestante con más de 3 hijos, respectivamente.

5.1.7. LUGAR DE RESIDENCIA

ZONA DE RESIDENCIA		
Urbano	33,4%	2
Urbano-Marginal	66,6%	4
Rural	0%	0
Total	100%	6

TABLA N°7

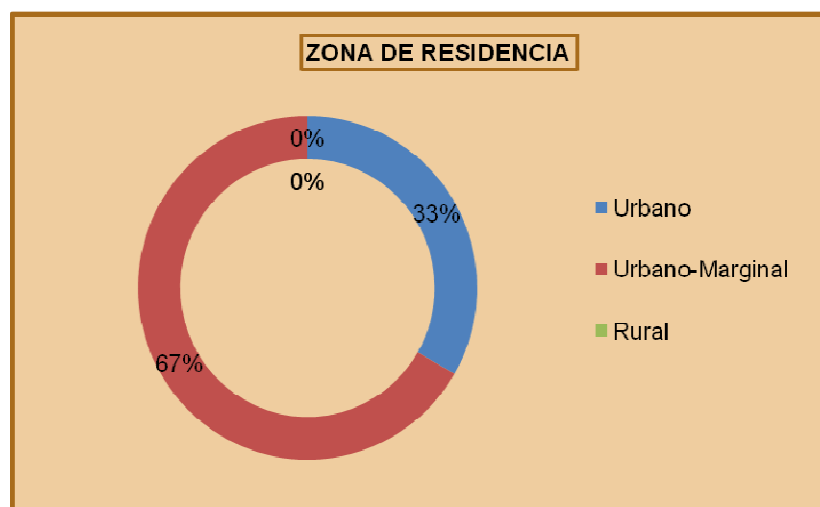


GRÁFICO N°7: Se aprecia que de las 6 gestantes VIH positivas del Hospital Nacional Dos de Mayo, El 33.3%, representado por 2 viven en zonas urbanas; mientras que el 66.6%, que vendrían a ser las 4 restantes viven en zonas urbano marginales. Y ninguna en zona rural.

5.1.8. TIEMPO QUE LLEVA CON EL DIAGNÓSTICO

TIEMPO DEL DIAGNÓSTICO		
6 meses	16.7%	1
>6 meses - 1 año]	16.7%	1
> 1 año	66.7%	4
Total	100.0%	6

TABLA N°8

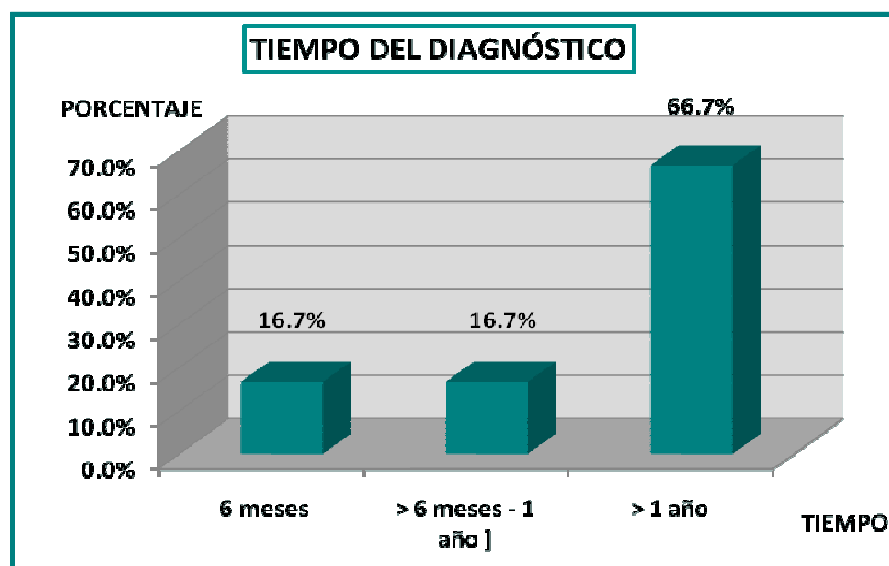


GRÁFICO N°8: Aquí podemos observar que de las 6 gestantes VIH positivas del Hospital Nacional Dos de Mayo, 4 de ellas que representan un 66.7% tienen conocimiento del diagnóstico hace más de un año; en cambio solo 1 de ellas conoce su diagnóstico hace 6 meses representando un 16.7%, el mismo porcentaje lo representa la que conoce su diagnóstico hace 1 año.

5.2. PERSPECTIVAS A NIVEL PERSONAL

5.2.1. Estado de ánimo al comienzo de la entrevista.

En esta primera pregunta podemos decir que las 6 gestantes se sienten tranquilas, pues para ellas es un momento en donde podrán expresarse libremente, compartir experiencias con otras personas; ellas se sienten cómodas pues todas tienen 2 características en común: su embarazo y el ser portadoras del VIH.

“Yo al comienzo como que un poco intranquila, porque llegué primero y todavía no llegaba el resto, pero ahora ya bien, tranquila.”

“Bien, solo que nunca me había reunido así, pero está bien. Me gusta.”

5.2.2. Años que llevan con el diagnóstico

De las 6 gestantes, 4 de ellas tenían más de un año con el diagnóstico (3, 4, 5, 6 y 7 años), una tenía un año y una gestante tenía 6 meses de saber su diagnóstico, por tanto fue más sencillo el comunicarnos con ellas, ya que estaban concientizadas con su diagnóstico.

5.2.3. Visión de sí mismas en 10 años

De las 6 entrevistadas, 5 de ellas respondieron que seguirán con sus vidas igual y 1 de ellas no sabe cómo será de aquí a diez años a más; incluso una de ellas habló sobre mejorar su estilo de vida; esto nos hace notar que tienen deseos de vivir, que ven la vida de una manera positiva y que en la mayoría no va a cambiar, sino van a mejorar. Sin embargo al hacer esta pregunta en una de las gestantes también surgió la idea de Muerte relacionada al hecho de tener el diagnóstico.

“Yo igual que todas, pero porque diez años; yo no me voy a morir... yo todavía quiero vivir, por lo menos que mis hijos tengan veinte años ahí si ya me puedo morir tranquila. Que estudien, que ya tengan un futuro.”

“Nadie sabe cómo será de aquí a diez años, pero yo espero estar al lado de mi esposo y mis hijos. No creo que tenga que cambiar algo, pero si mejoraría mi estilo de vida, comería mejor y me cuidaría más.”

5.2.4. Estilo de vida

En este caso las 6 gestantes, o sea el 100%, han coincidido en que deben tener hábitos de salud mejores a los de antes, deben cuidarse física y mentalmente.

“ah! Eso si pues. Tenemos que cuidarnos más, hacer ejercicios, no consumir alcohol y alimentarnos bien; porque el Doctor que me atiende me explico que mis defensas pueden bajar.”

Ellas están conscientes que sus defensas están bajas y que deben cuidarse muy bien para no tener enfermedades que puedan complicar más su estado; al igual que tienen que cuidar su estado de ánimo.

“También es importante estar tranquila y no deprimirse, porque eso nos hace daño”.

5.2.5. Motivación para seguir el tratamiento

Todas ellas, las 6 (100%) respondieron afirmativamente al hecho de encontrarse motivadas a seguir el tratamiento.

La mayoría afirmo que su motivación principal era su hijo, esto demuestra que para ellas primero es su embarazo y su motivo de seguir con el tratamiento, más que ellas y sus parejas quienes la tienen, son sus hijos los motivos de su lucha. Además algunas manifestaron estar motivadas por su familia

“Si, yo sí, porque el papá de mi hijo siempre me apoya. Si no tuviese apoyo sería más difícil”.

“Yo sí, por mi hijo.”

Dos de las gestantes manifestaron también sus sentimientos iniciales en cuanto a su diagnóstico.

“De repente yo al inicio no me sentí bien, me deprimí mucho por lo que sería mi mama, pero gracias a Dios, por ahí una amistad que tenia me apoyo me explico y pude salir adelante. Ahora si me motiva mi hija, mi trabajo.”

“Yo también. Al inicio una se pregunta ¿Por qué?! Y piensas que todo se va a terminar, pero no es así. Yo voy a seguir mi tratamiento.”

5.2.6. Dificultades o Problemas en relación a su salud

Todas parecían saber de las dificultades que pueden pasar debido a su estado, y que están más expuestas a contraer enfermedades, y al mismo tiempo saben que deben cuidarse más debido a que sus defensas están disminuidas. Esto quiere decir que están informadas de lo que les puede pasar y son conscientes del estilo de vida que deben llevar para evitar estar expuestas a enfermedades oportunistas. Esto probablemente guarda relación con que ya tienen más de seis meses con el diagnóstico.

“A mí me han dicho que sí, que puedo enfermarme más fácil y por eso tengo que cuidarme más.”

“Yo sé, que por ejemplo de aquí a, digamos diez años, quince años, mi cuerpo se puede deteriorar, ser más propensos a enfermarnos.”

5.2.7. Fuente de información para sus conocimientos acerca del VIH

Aquí se tiene que las 6 gestantes fueron informadas por personal de salud, 4 de ellas (66.6%) por una obstetriz, una (16.7%) por un Médico y una (16.7%) no especifica.

Como vemos la obstetriz juega un rol importante pues es la encargada de darle charlas acerca del VIH. En general las gestantes se sienten bien pues han sabido explicarles el cómo deben afrontar esta enfermedad y como deben cuidarse.

“En donde me atiendo una obstetriz bien buena me explico todo y como debo cuidarme también.”

“Sí, a mí también me toco una obstetriz buena y el doctor también me explico.”

“Sí, una obstetriz me dio charlas de cómo debo cuidarme y me ha ido bien hasta ahora.”

“Aquí en el Dos de Mayo cuando empezamos el TARGA nos dan una charla y nos explicaron algo acerca del VIH. Además la Obstetriz Eliana siempre nos atiende si tenemos alguna duda.”

También salió a la luz un aspecto importante como es la atención que reciben en algunos hospitales, la cual no les da la suficiente confianza como para preguntar o disipar sus dudas.

“En mi hospital me explicaron. Pero lo malo es que siempre me atiende un doctor diferente y no es la misma confianza con todos, hay unos que rapidito no mas te atienden y ni te miran.”

Esto nos da a entender que ellas saben y conocen de su condición gracias a aun personal de salud, aunque también haya comentarios de otras personas que tal vez estén mal informadas y no sepan darle una información clara del tema. Y se podría deber a que ya llevan tiempo con su tratamiento y al comienzo del diagnóstico se realiza consejería especializada.

5.2.8. Auto concepto como madres

Ellas en su mayoría afirmaron sentirse bien en su papel de madres, pues esperan con ansias a sus hijos y son su motivo de seguir adelante, los quieren y eso las hace sentirse bien y buenas madres. Aunque no despeja del todo sus temores.

“Bueno un poco preocupada por la salud de mi bebé, porque siempre hay riesgo ¿no? Y además eso me da más fuerzas y mayores responsabilidades, también un motivo para seguir”.

Algunas están experimentando nuevas situaciones, sumada a malas experiencias anteriores y esto hace que su miedo se acrecenté.

“Yo tengo un poco de miedo a la cesárea, porque mi primer bebe fue parto normal, yo ya tenía VIH pero se me rompió la fuente a los siete meses y fue allá en Tarapoto. Pero me sentí feo porque el doctor me decía que ya no había nada que hacer y que había poca probabilidad que vivan, y ahí me tenían sin hacerme nada; eran dos, uno si se murió. Ahora tengo miedo con eso de la anestesia, si me pasa algo ¿con quién se van a quedar mis hijos?”

5.2.9. Continuación con planes anteriores – Planificación del Embarazo

Otro resultado importante es que 5 (83%) de las participantes, no planificaron quedar embarazadas, mientras que una (17%) si lo planificó.

Como podemos observar en la entrevista de las 6 gestantes, 5 de ellas el embarazo no fue planeado pero existe la tendencia a seguir sus planes anteriores e incluso nuevos planes, con ánimos de seguir adelante y además porque hay alguien que las apoya. Cabe agregar que de las 5 que no planearon su embarazo, 4 ya sabían su diagnóstico y la gestante que planeo su embarazo ya conocía su diagnóstico.

“No, yo no sabía que estaba embarazada. Cuando me entere, le dije a mi novio y como que todo iba bien. Pero todo fue que a mí me hicieron la prueba y luego lo llame para que él también se haga porque mi resultado salió sospechoso y él se desapareció, nunca más me hablo, no me contestaba las llamadas. Nada. Pero mi madre me apoya incondicionalmente y con eso seguiré adelante. Quizá ponga un negocio propio...”

“Yo tampoco planeo mi embarazo, pero normal, voy a seguir con mis planes al lado de mi esposo.”

Dentro de estas respuestas surgió una que trato un tema adicional, La ligadura de trompas; a la cual una de las gestantes, que ya lleva 5 años con el diagnóstico y tiene un hijo vivo, se negaba rotundamente manifestando la posibilidad de tener otra pareja en el futuro. Lo cual contrasta de la gestante que si planeo su actual embarazo, además lleva mayor tiempo con el diagnostico (8años) y tiene un hijo vivo; quien si tomo la decisión de realizarse la Ligadura de Trompas.

“Mío no puedo decir que fue planeado pero me va bien, solo que yo no quiero que me ligen. O porque me puede hacer daño... Miedo no tengo, ya me dijeron que no pasa nada, pero a ver qué pasa si me separo de mi esposo; el otro hombre con el que esté puede querer un hijo y si estoy ligada ya no voy a poder”.

“Yo si planeo con mi esposo tener otro bebe y ya de ahí si me pienso ligar”.

5.2.10. Propuestas para mejorar Condiciones de vida de gestantes VIH positivas

Se muestra claramente que ellas están dispuestas a compartir su experiencia con las demás, pues creen que de esta manera pueden ayudarse mutuamente, tienen conocimiento de su estado y porque saben lo que una pasa en ese momento.

“Claro que si, pues con la información que tuve en mi anterior embarazo podré ayudarlas, aconsejarles todo lo que pueda”.

“Si, mediante mi experiencia con el VIH yo les puedo ayudar, pues yo estoy informada, quizás no explique tanto como un médico o una obstetrix pero puedo dar mi granito de arena con lo que yo sé, si me gustaría”.

Esto demuestra sus ánimos de ayudar a los demás y además su interés de ayudar a la persona que pasa por lo mismo que ellas.

5.2.11. Auto concepto Laboral

Los resultados nos demuestran que las 6 gestantes están evocadas a sus hijos y en su crianza, pues su prioridad son ellos. Sin embargo cuatro de ellas no descartan la posibilidad de trabajar más adelante cuando ya sus hijos puedan valerse por sí mismas, ya que eso las haría sentirse más útiles en sus vidas.

“Por ahora solo me dedicare a mis hijos, claro con la ayuda de mi mamá”.

“Bueno si más adelante”.

“Quiero estar con mi hijo, trabajar no está en mis planes, tengo el apoyo de mi madre pero cuidar a un hijo no es fácil”.

“Por ahora no, pero si me gustaría más adelante tener mi negocio”.

“Si, yo me he dedicado al cuidado del adulto mayor, claro que yo quiero trabajar en algo propio, que sea mío, si se puede y es mi meta que me he trazado que yo quiero es por mi hija”.

“Yo trabajo en un negocio de abarrotes con mi esposo, ahora en estas últimas semanas si no he trabajado mucho ahí”.

5.3. PERSPECTIVAS A NIVEL FAMILIAR

5.3.1. Conocimiento de su diagnóstico antes de la gestación actual

Los resultados indican que 5 (83%) de las participantes conocían el diagnóstico antes de salir embarazadas; mientras que solo una (17%) se entero luego de salir gestando.

Como se había mencionado antes, solo una de ellas se entero ya estando embarazada;

“No, recién me entere cuando fui al hospital a hacerme mis controles y me pidieron que me haga la prueba... como dije recién después de eso me entere que tenía VIH y además el papá de mi hija se alejo de mí”.

5.3.2. Decisión de continuar con el embarazo

Como se puede apreciar fue decisión de ellas de continuar con el embarazo, aunque 5 de las 6 gestantes no lo planificaron, estas respuestas nos aclararon que el deseo de tener hijos si estaba presente y además tenían conocimiento que con llevar un tratamiento adecuado podrían tener hijos sin VIH.

“Sí, lo converse con mi pareja y como hay modo de que mi bebé no salga con el virus decidimos tenerlo”.

“Sí, pues mi hijo quiere tener un hermanito con quien jugar y porque mi pareja quería tener otro hijo más y yo soy joven así que decidí tener un hijo”.

5.3.3. Conocimiento del Riesgo para sus hijos

En este las 6 gestantes tienen un conocimiento básico acerca de los riesgos en la salud de sus futuros hijos, pero confían en el tratamiento, pues ellas ya llevan un tratamiento previo y les va bien y la mayoría lleva más de un año con el diagnóstico, eso ha hecho que confíen en el tratamiento para sus hijos.

“Sí, pues al igual que yo puede enfermar con facilidad, más si es pequeñito ¿no? por eso lo debo cuidar más que otros bebés, eso depende más de cómo lo cuide, de que siempre le de sus medicamentos para que no se enferme.”

“Si pero ya como llevo el tratamiento desde el comienzo, es más difícil que se enferme, bueno eso pienso yo. Porque a mí me han explicado que hay muy pocas posibilidades de que tenga el virus”.

Se puede agregar que solo dos de ellas no tenían muy clara la situación, pues es su primer embarazo y aun tenían dudas al respecto.

“Escuche algo pero no mucho.”

“Sé que hay riesgos pero no lo tengo muy claro”

5.3.4. Deseos de tener más Hijos en el Futuro

Como se apreciaba, este punto está dividido, pues 3 de ellas (50%) manifestaron que no querían tener más hijos pues quieren dedicarse a ellas y a los hijos que tienen actualmente. Mientras que las otras 3 (50%) no cierran las posibilidades de tener otro hijo ya sea por darle un hermano a sus hijos o porque puedan tener otro compromiso, lo cual lo dicen pues saben que el tratamiento hará que sus hijos nazcan sanos.

“Tal vez, no lo sé ahora, más adelante quizás, quiero ver cómo me va con mi bebé si me va bien con mi primer bebé tal vez me anime a tener otro para que no esté solito mi hijo.”

“Si encuentro una pareja, aunque es poco difícil pero todo está en manos de Dios, pero es difícil, ya de por si es difícil en mi situación económica, no lo sé.”

“Claro, por ejemplo yo he pensado si me separo de mi esposo y conozco otra persona, yo soy joven, hay que pensar como seres humanos, quien sabe de aquí diez años tuviera otra pareja y quisiera un hijo, soy joven.”

“No, pero yo me basto y me sobro, mi hijo solo necesita a su madre y bueno a su abuela que gracias a Dios está conmigo y me apoya.”

“No tengo apoyo de mi pareja, pues cuando se entero de mi embarazo y le dije que se haga la prueba se fue y no supe más de él, tengo a mi madre y a mi abuela que me ayudan a superar todas mis preocupaciones y eso es suficiente para mí.”

5.3.5. Apoyo de la Pareja

En este gráfico vemos que cuatro de las seis participantes (66.6%), coincidió en que su pareja las apoyaba y solo dos de ellas (33.4%) precisaron que no recibieron apoyo de su pareja.

Cabe resaltar que precisamente las dos personas que no cuentan con apoyo de sus parejas son solteras y una de ellas se entero hace seis meses, en su embarazo actual; mientras que las otras cuatro gestantes se encuentran por lo menos conviviendo con sus parejas. Sin embargo todas están dispuestas a seguir adelante, lo que denota que el apoyo de la pareja es importante mas no determinante en nuestra población de estudio.

5.3.6. Formalización de vida en Pareja

Esta pregunta surgió al tomar los datos generales de nuestras gestantes y ver que ninguna estaba casada; además que la pregunta anterior dio pie a esta. Y al parecer la mayoría de las que se encontraban conviviendo, sentían que su relación ya era formal y no le daban importancia a si estaban casadas o no, solo una de ellas hizo un comentario al respecto.

“Claro, por qué no, el me quiere y yo a él, pero por ahora nos enfocamos en el tratamiento de mi embarazo, así como lo dijo la señora, luego se verá para formalizar”.

Mientras que las dos gestantes solteras expresaron que no tenían en mente que su relación fuera formal, pues ninguno de ellos mantenía cercanía; sin embargo, una de ellas, que hace seis meses se entero de su condición hablo acerca de la posibilidad de una nueva relación y la formalización de esta.

“Bueno él se alejo de mí, como les dije, así que no creo que quiera que formalicemos, pues ni sé nada de él. Tal vez mas adelante si tuviera una nueva pareja... pero no sé; ahora lo más importante es mi bebé”.

5.3.7. Reacción de la Pareja al enterarse del Diagnóstico

Aquí podemos ver dos grandes grupos de respuesta: Los que reaccionaron bien (4) y los que no reaccionaron bien (2). Todos los que reaccionaron bien, ya sabían el diagnóstico de su conviviente antes de la gestación actual de sus parejas. Tres de ellos se enteraron antes de entablar una relación con ellas y uno se enteró cuando tuvieron a su primer bebé. Los dos que reaccionaron mal, huyendo, se enteraron precisamente junto con el embarazo actual de cada una de ellas.

Además surgió el tema de **quien les transmitió el virus**, aquí hubo casi consenso en referir que sus parejas anteriores habían sido los que les transmitieron el virus; sin embargo una de las gestantes refirió que el que hasta hace poco fue su pareja probablemente la contagió.

“Al principio me dijo que le dije que estaba embarazada bueno lo tomamos bien pero al enterarse de que tenía una prueba positiva como ya te había dicho, él decidió irse y no sé nada de él. El no quiso hacerse la prueba, por eso yo creo que él me contagió.”

5.3.8. Posibilidad de distanciamiento con la pareja

De hecho con las respuestas a las preguntas anteriores ya se pudo aclarar este punto. Pues las cuatro gestantes que se encuentran conviviendo con sus parejas ven casi nula o muy lejana la posibilidad de que sus parejas se alejen por motivo de su diagnóstico. Mientras que las dos gestantes que están solteras ya han experimentado el alejamiento de sus parejas por su diagnóstico; pues todo indica que el enterarse junto con el embarazo del diagnóstico de sus parejas fue algo que los alejó definitivamente.

5.3.9. Apoyo de Familiares

El 100% de las participantes tienen apoyo de sus madres, 33.3% además reciben apoyo de sus papas, 33% reciben apoyo de sus hermanos y 33.3% de otros familiares.

En este punto, absolutamente todas coinciden en que sus mamás son su apoyo. Además en la mayoría de los casos también están enterados los padres (3) y los hermanos (3).

Además 3 de las 6 gestantes interpreta el apoyo desde el punto de vista económico, pues hacen claramente la distinción entre el apoyo económico y moral que le pudieran brindar sus familiares.

“Mis padres me apoyan pero no pueden ayudarme económicamente, pues son pobres, pero por ello yo más adelante quiero poner un negocito”.

“Bueno mis padres están en Tarapoto, no me ayudan mucho pues están lejos, pero cuando nazca mi hijo vendrá ayudarme; mi cuñada y mi sobrino también saben pero solo me apoyan moralmente. Mi Hermano también sabe que tengo VIH, pero está lejos”.

“Mi madre me apoya, pues cuando me operen vendrá a cuidarme a mi hijo, si me ayuda. Mi hermano también me ha ayudado mucho para comprarme mis cositas”.

5.4. PERSPECTIVA DE VIDA EN EL ASPECTO SOCIAL

5.4.1. Amistades y Vecinos, Reacción e importancia

En esta parte de la entrevista obtuvimos casi un consenso en que las gestantes no querían que ni vecinos ni amistades se enterasen de su diagnóstico pues en general había un miedo a que la reacción de estos fuera negativa y les afectara de algún modo. En varias de las respuestas se pudo observar un grado evidente de desconfianza hacia las personas de fuera de su entorno.

“No sé cómo le diría o si se enteraran como sería, yo creo que se alejarían y a mi si me afectaría. Prefiero que no se enteren”.

“Yo no le diría a nadie y no me gustaría que se enteren porque a veces la gente se muestra bien con uno pero luego a tus espaldas hace comentarios. A mí me molestaría mucho si me entero que andan comentando sobre mí”.

Una de ellas justificaba su desconfianza en una mala experiencia anterior

“Ah yo tengo mala experiencia con eso, señorita... pero con la gente del hospital que me atendían y que atendieron a mi primer bebe. En cuanto se enteraban, miraban raro a veces ni querían acercarse, incluso yo creo que a mi bebe no lo atendieron bien; eso fue

allá en la selva. Y también, como yo he sido técnica de enfermería ahí tenía una amiga que se entero que yo tengo VIH y como mi sobrino salía con su hermana, ella le dijo que ya no salga con él porque yo tenía SIDA y que quien sabe si el también. Ella lo divulgó prácticamente... y la chica termino con mi sobrino pues... y encima de todo mi sobrino se entero también”.

Contrastando con esto 1 de las gestantes, la que menos tiempo de diagnostico lleva, denoto desconfianza de que se sepa su condición; pero, nos conto acerca de una buena experiencia.

“Como te digo, a mi no me gustaría que mis vecinos se enteren. Y no creo que mis amigos tampoco. Pero yo le conté a mi mejor amiga y ella me apoyo mucho; me abrazo y me dijo que ella no dejaría de ser mi amiga y que no me sienta mal porque era una situación por la que cualquier persona pasaría... y hasta ahora conversamos y me llevo muy bien con ella”.

Y la gestante que mayor tiempo lleva con el diagnostico parecía muy segura de sí misma.

“Yo no me avergüenzo de tener VIH, ya llevo 8 años con el diagnostico y se que hay personas en las que se puede confiar y otras que no. No creo que sea necesario que otros se enteren, pero si se da el caso de que alguna amistad o vecino se enterase, trataría de que no me afecte y no haría caso si reacciona mal”.

5.4.2. Oportunidades Laborales

Dos de ellas (33%) no piensan en trabajar, 3 (50%) quisieran tener un negocio propio y solo una (17%) trabajaría fuera de casa.

Aquí el panorama es diverso y las respuestas muy divididas, aunque 4 de las gestantes coinciden en que sería más difícil conseguir un empleo debido a su condición. De las seis, 3 desean o piensan que sería mejor un negocio propio, independiente o en sus casas; así evitan la discriminación que podrían sentir.

Una de ellas parece estar totalmente convencida de seguir trabajando.

“Yo sigo trabajando y me siento muy bien así; eso me distrae y me hace sentir que todo va ir bien. No me imagino a mi misma sin trabajar”.

Una de ellas muestra claramente que solo tiene deseos de ser ama de casa.

“Yo no creo... pienso dedicarme a mis hijos, ya con este tendría dos y ¿quién los cuidaría? Mi esposo trabaja todo el día. Antes trabaje de técnica en un hospital, cuando vivía en la selva; pero después que vi como me discriminaban cuando se enteraron de que tenía VIH ya no quise saber nada”.

5.4.3. Discriminación, Rechazo o exclusión:

En el gráfico apreciamos que el 100% de las participantes sintieron o sienten que podrían pasar situaciones de discriminación, rechazo o exclusión.

Definitivamente todas estuvieron de acuerdo en que pensaban que en algún momento experimentarían sensación de rechazo o discriminación por parte de las personas. Incluso una de las participantes nos conto como ella vio de cerca el rechazo en el ambiente laboral con una persona que tenia VIH.

“Supongo que algunas personas podrían discriminarme o excluirme porque yo misma sé de una señora que trabajaba conmigo de enfermera y tanto la excluían que cuando entraba en un ambiente, todos tenían un pretexto para salir; hasta que un día ella se molesto y a un doctor que estaba alejándose le dijo: “Doctor, yo no he venido a acostarme con usted, sino a hacer mi trabajo así que relájese”.

5.4.4. Reacción frente a la discriminación, rechazo o exclusión

Cuando se hablo de cuál sería su reacción o como se sentirían frente a esta situación, todas coincidieron en que en un principio se sentirían mal, pero, además hubo respuestas que iban más allá de sentirse mal y hablaban de superar este sentimiento.

“No se siente bien, pero no les daría gusto de ponerme mal. A cualquier persona le puede pasar”.

“Creo que al inicio me sentiría mal, pero por mi hijo tengo que seguir adelante y me repondría”.

“Pues yo trataría de no sentirme mal porque eso me hace peor, el doctor ya me ha dicho que no es bueno que nos pongamos tristes ni nos deprimamos porque eso nos baja las defensas”.

5.4.5. Grupos de Ayuda

Al parecer, pese a que la mayoría lleva más de un año con el diagnóstico, las pacientes escucharon algo relacionado a los grupos de ayuda pero no tenían muy claro a qué se refería nuestra pregunta.

“Mmmm... No sé a qué te refieres”.

“Sí, algo escuche”.

“Sí, pero no a todos nos ayudan... cuando la asistente social me visito, me dijo que no me podía ayudar porque mi piso estaba bien... yo creo que de todas maneras deberían brindar un apoyo cuando uno está en esta situación”.

“Sí, creo que en el hospital dan charlas... a eso te refieres ¿no?”

“Sí, cuando estaba en la selva yo participe y hablaba con otras personas”.

“Sí, cuando entramos al programa nos dan una charla. Creo que es el GAM”.

5.4.6. Participación en Grupos de Ayuda

Antes de pasar a este punto, se hizo una aclaración acerca de los grupos de ayuda: “Son aquellos que brindan información acerca del VIH y permiten que ustedes aprendan más y se expresen, como un espacio que ayuda a que ustedes se liberen y compartan con otras personas de su misma condición”. Y se dio un ejemplo: El GAM del Hospital Dos de Mayo, preguntando si habían participado de este o de algún otro. Así la mayoría admitió haber conocido este grupo de apoyo, pero ninguna asiste con frecuencia.

“Una vez fui a la charla”.

“Al inicio fui, luego ya no”.

“Si pero no siempre se reúnen, creo”.

“No señorita, yo para que le voy a mentir... si nos han invitado pero yo no voy”.

“Yo escuche, pero o sé muy bien q días se reúnen”.

“Si he ido, pero no me gusta”.

Estas respuestas dieron paso a una nueva pregunta para las que conocían el GAM pero no asistían ¿por qué no asisten o porque no les gusta?

5.4.7. Razones por la cual no asisten al GAM del Hospital

Al responder la pregunta, dejaron ver cierta falta de interés y otro tipo de prioridades como el tiempo, sus hijos; o algún tipo de incomodidad como el Hecho de que se en ese grupo además de ellas estuvieran homosexuales varones y el comportamiento de estos.

“Es que no siempre hay tiempo”.

“Como no es un día fijo, tengo que cuidar a mi hijito. Mi esposo trabaja y no tengo con quien dejarlo. En la selva si iba porque ahí era más fácil”.

“Yo si supiera si iría”.

“A mí no me gusta porque ahí van más gays o sea homosexuales, pero más varones... y son un poco groseros o mañosos, paran haciendo bromas. No me gusta”.

5.4.8. Interés en participar en grupos de apoyo

El 100% de participantes tiene interés en participar en un grupo de apoyo.

Al seguir con el tema y de acuerdo a las respuestas formulamos la posibilidad de que existiera un grupo donde solo fueran mamás que tuvieran VIH y el panorama cambio a un sí total, e incluso surgieron ideas de ellas mismas acerca de cómo funcionaria este grupo de apoyo.

“Sí, si es un día fijo y solo nosotras, si voy”.

“Claro, sí”.

“Sí, yo creo que es importante porque a veces uno no puede hablar con nadie en su casa y necesita aprender más para cuidarse mejor y todo eso”.

“Sí”.

“En ese caso si iría pues seríamos solo nosotras. Aunque de repente alguna vez también podría ir con mi esposo”.

“Sí, así sí, porque ya me dirían un día fijo y yo busco para ver como hago con mi hijo. Además si fuera una vez al mes estaría bien”.

5.4.9. Compañía en las reuniones de Grupo de Apoyo

Como una de las iniciativas de las gestantes fue que pudiera ir algún familiar o su pareja a las reuniones del grupo de apoyo, surgió la pregunta de si les agradaría que alguien los acompañe y la mayoría coincidió en que, sería bueno que en algunas reuniones estuviera presente algún acompañante; pero no en todas.

“Bueno yo primero preferiría ir sola y luego dependiendo ya le diría a mi hermana que es la que sabe de mi diagnóstico”.

“A mí me gustaría que mi mamá me acompañe algunas veces, para que también este informada”.

“Como dije, a mí si me gustaría que vaya mi esposo y a él también le gustaría ir. De repente que no sea algo obligatorio ¿no? Sino como opcional”.

“Claro, si fuera una vez al mes, tendríamos 12 reuniones y en 3 de ellas podría ir un familiar de confianza”.

5.4.10. Lo que harían ellas para ayudar a otros a prevenir el VIH

Cuando hablamos de formar grupos entre ellas que tienen la misma condición todas estuvieron de acuerdo, pero en este punto manifestaron de nuevo cierto grado de desconfianza y temor al rechazo que les hacia evitar hablar de esto con personas sin el virus.

“A otros que no tienen... bueno, es un poco diferente hablar con personas que no tienen el VIH porque algunos te discriminan. No sé, creo que yo no podría. Pero no es necesario que se enteren que tengo VIH pues ¿no? Ay no sé”.

“Yo creo que si podría ayudarles hablándoles. Pero yo tendría que saber quién es esa persona. No a cualquiera”.

“Como dice ella, tendría que ver bien quien es, puede ser una amiga muy cercana, que yo sepa que no me va a mirar feo o sentir rechazo o desconfianza porque tengo VIH. Porque en mi caso por ejemplo yo no le puedo comentar nada a mis tías con las que vivo, solo a mi mama, porque me botarían de mi casa y lo publicarían”.

“Es difícil encontrar gente sana que te escuche sin verte raro, aunque no te discriminen, no se siente igual”.

“Yo no tengo vergüenza de brindarle información a la gente, pero no se la daría a cualquier persona tampoco”.

“No sé...”

5.4.11. Preguntas y comentarios Adicionales

Al finalizar la entrevista no hubo otras preguntas pero la mayoría recalco la idea de participar de un grupo de apoyo para mamás con VIH

“Si hay otra reunión pásenos la voz señorita”.

“Sí, podemos hacer otra reunión”.

“O formar un grupo, como el que ya hay, pero de nosotras”.

“Si sería bonito tener estos encuentros”.

“También podemos invitar a las nuevas gestantes que entran al Programa (TARGA)”.

“Y podríamos seguir viniendo aunque ya tengamos a nuestros bebés”.

CAPITULO VI. DISCUSIÓN

• En un estudio realizado el año 2005 se considera que mientras la maternidad es, para mujeres no-portadoras del virus, socialmente deseada; para las mujeres VIH positivas esta probabilidad de salir embarazadas no es bien vista por la sociedad.³⁸ Según Carvalho y Piccinini, la culpa por colocar el hijo en riesgo, el miedo de infectarlo y de que él venga a fallecer por la infección, se contrasta con la concepción idealizada de la maternidad, que da a la mujer la capacidad de generar la vida y asumir un lugar social privilegiado. Sin embargo, se considera que la presencia o la intensidad de esos sentimientos está también asociada a las ambivalencias y paradojas vividas por cualquier madre, trayendo sobrecargas particulares.⁴⁶ Estas últimas pueden ser las razones por las que en esta investigación el 100% de las gestantes encuentran la satisfacción de su deseo tener hijos pese a ser portadoras del VIH y se sienten bien en el papel de madres respaldadas por el conocimiento que ellas tienen acerca de la Terapia Anti Retroviral y los beneficios que trae consigo.

• A nivel personal destaca la visión positiva que las participantes tienen de sí mismas, con ganas de salir adelante, continuar con planes anteriores, aunque no todas están decididas a trabajar; lo que contrasta con otra investigación acerca de las características psicológicas de mujeres embarazadas con diagnóstico de VIH/SIDA donde se encontró que el 29,4% tenía niveles altos de ansiedad, el 23,5% depresión.⁴⁸

• Es importante recordar que, para muchas mujeres, el momento del descubrimiento del embarazo coincide con el descubrimiento de la infección o con la revelación del diagnóstico en la familia y en la relación amorosa, factores que pueden hacer la situación aún más dramática.³⁹ Pero en este estudio 4 fueron diagnosticadas en gestaciones anteriores y una tenía el diagnóstico previa gestación, así que para este caso, todas excepto una sabía que tenía VIH antes de embarazarse. Sobre ese asunto, Kwalombota encontró que mujeres diagnosticadas como portadoras del VIH/SIDA durante una gestación presentaron señales de depresión mayor y desordenes somáticas, a la diferencia de gestantes que tenían conocimiento previo de la infección, las cuales reportaron mayor ansiedad cuánto a la posibilidad de infectar el bebé.⁴¹

- En los resultados el 100% de las participantes se encuentran motivadas a seguir el tratamiento siendo su motivación principal el hijo que esta por nacer o sus demás hijos. Esto tiene explicación en la investigación denominada Aspectos psicológicos del embarazo y de la maternidad en el contexto de infección por VIH/SIDA; realizada el 2007, donde se observa que en respuesta a los desafíos que enfrentan las mujeres embarazadas VIH positivas, las madres buscaban sostener una identidad fuerte, centrando sus preocupaciones en el niño, evitando pensamientos negativos para enfrentar la enfermedad y apoyándose en modelos maternos positivos. Con eso, buscaban asegurar una relación de afecto y protección del bebé.⁴³

- Los resultados de la presente investigación muestran que por lo menos el 50% de la población estudiada desea tener más hijos en el futuro. Aunque los datos que se tienen al respecto a través del relato del acompañamiento psicológico de cinco gestantes portadoras del VIH/ SIDA, mostró que cuando la preocupación con el mantenimiento del secreto es intensa puede haber dificultad en hacer un hueco psicológico para el hijo y para elaborar las expectativas en relación a él.⁴²

- El 2008 en la investigación titulada Embarazo y VIH/SIDA: Vivencias del proceso salud – enfermedad – atención, se demuestra que el conocimiento y la información, la prevención primaria y secundaria del VIH/SIDA involucra cambios en una serie de prácticas que suponen resignificaciones y modificaciones en los vínculos interpersonales, la sexualidad, la salud, la enfermedad y el cuidado del propio cuerpo y el de los otros.⁴⁹ Del mismo modo en nuestro estudio, todas las participantes están informadas de su diagnóstico, son conscientes de los cambios que trae con respecto a su salud el embarazo sumado a esta condición y la necesidad de mejorar el estilo de vida que llevan.

- En el informe mundial de ONUSIDA 2009 acerca de la situación mundial del VIH/SIDA más del 90% de mujeres que viven con el VIH contrajeron la infección de sus maridos o parejas estables.³ En el presente estudio el 100% de las gestantes refirieron haber contraído el virus de parejas estables.

- En la investigación denominada: Experiencia de vivir con el VIH / SIDA en un país latino: un análisis cualitativo, realizada el 2006; se encontró que uno de los problemas de mayor impacto en las personas que viven con el VIH / SIDA es el estigma interno, estigma externo y discriminación (laboral y del personal de salud) originando sentimientos de temor, soledad y depresión.⁵² Hecho que se corrobora en la presente investigación donde todas las participantes consideran la posibilidad de ser discriminadas, rechazadas o excluidas por la sociedad; teniendo conocimiento de personas que pasaron por situaciones desagradables o algunas malas experiencias previas con el personal de salud que las atendieron; lo que hace que en muchos casos se autolimiten en su visión laboral, optando en su mayoría por tener negocios propios (50%) o ser ama de casa (33%).

- La Ley 27853 Ley del trabajo de la obstetriz, incluye dentro de nuestras funciones brindar consejería e información en temas como el VIH, mas aún si está relacionado al proceso de embarazo. En los resultados del presente estudio se puede observar que un 66.6% de la población fue informada acerca del VIH/SIDA por una obstetriz, cumpliéndose eficazmente el rol que la ley designa.

- En el presente estudio se encontró que para el 100% de las gestantes es importante la confidencialidad de su diagnóstico. Del mismo modo en otro estudio Azevedo nos dice que por veces, la infección permanece en secreto en la familia, y un embarazo puede desafiar el mantenimiento del mismo. De cualquier manera, cuando la mujer se descubre portadora del VIH/SIDA durante la gestación, eso hace que ella se proyecte con la revelación de su diagnóstico.⁴²

- En este estudio; el 100% de las participantes buscan un espacio en el que puedan compartir sus experiencias y aprender más acerca del VIH/SIDA, además de ayudar a otras mujeres VIH positivas; de aquí se desprende la necesidad de participar de grupos de apoyo. De hecho el 2009 se realizó un estudio acerca de los conocimientos sobre VIH/SIDA en un grupo de embarazadas VIH positivas, donde se encontró que fundamentalmente no existe un adecuado conocimiento sobre las vías de transmisión de la enfermedad, así como percepción del riesgo ante el VIH.⁴⁷

- En esta investigación se demuestra la importancia de conocer las perspectivas de vida de las mujeres embarazadas VIH positivas y la necesidad que ellas tienen de un espacio de libre expresión con información; de modo que en el tratamiento no solo se aborde el aspecto físico sino también todo el contexto que el Diagnostico de VIH implica.

CAPITULO VII CONCLUSIONES

- El VIH en la gestación es una realidad que se hace más visible cada día, constituyendo un problema no solo de Salud Sexual y Reproductiva sino también de Salud Pública; generando un impacto evidente no solo en la salud física sino también en el cambio emocional y conductual de las gestantes en esta condición, que pueden repercutir en su entorno.
- La perspectiva de vida de las mujeres embarazadas VIH positivas, es en general optimista (entendiéndose como optimista a la persona que tiende a ver las cosas en su aspecto más favorable⁵³).
- A nivel personal; pese a que al principio se relaciona el diagnóstico con la muerte, lo que hace que la esperanza de vida cambie y se vea un tanto limitada o reducida a pocos años, ellas consideran tener capacidades y posibilidades para hacer una vida normal, reconociendo un mayor cuidado de su salud y una mejora en su estilo de vida.
- A nivel familiar: todas tienen por lo menos un familiar que les brinda apoyo, la mamá. Además, en su mayoría, buscan satisfacer el deseo de ser madres, viendo incluso la posibilidad de tener más hijos en el futuro, aunque algunas no tengan una pareja estable en la actualidad.
- A nivel social, en el plano laboral se ve con más frecuencia la falta de disponibilidad para realizar trabajos públicos por miedo al rechazo o discriminación, teniendo como preferencia la posibilidad un negocio propio o ser amas de casa. Por otro lado, tienen gran interés participativo en ayudar a otras mujeres de su condición, formulando propuestas para formar un grupo de ayuda dirigido a gestantes VIH positivas.
- El hecho de que tengan un espacio en el cual puedan aprender, expresarse y compartir experiencias, trae consigo el interés y la continuidad del tratamiento evitando el abandono de este, que muchas veces sucede cuando culmina el embarazo.

CAPITULO VIII. RECOMENDACIONES

- Crear un espacio destinado especialmente a la orientación de las gestantes con VIH, que les dé la oportunidad de participar activamente y desenvolverse en grupo. Y sería bueno si fuese en el mismo hospital donde se realiza el tratamiento TARGA. Espacio que sería conducido por una Obstetriz capacitada en el tema y en el manejo de grupos, lo que corresponde al perfil profesional de la Obstetriz.
- Desarrollar una estrategia de inserción a este tipo de grupos, viendo las fortalezas y debilidades; para así lograr que más de ellas asistan a las reuniones; pues esto causaría un gran impacto en el seguimiento y no deserción del tratamiento TARGA que ocurre con frecuencia.
- En vista de que hay evidencias de deserción al TARGA, se recomienda adicionar al tratamiento de rutina, un seguimiento personalizado de cada gestante exclusivamente y no como parte de todo el grupo de personas VIH positivas; siendo lo más adecuado que este seguimiento se realice por una Obstetriz, ya que, como profesional de la salud especializada en la atención de la gestante esta adecuadamente capacitada y es el personal ideal para realizar esta función.
- Diseñar estrategias y herramientas de trabajo con el marco de las políticas públicas dirigidas a personas con VIH, en la cual se deje de centrar solo en la terapias con antirretrovirales (TARGA), sino también poniendo más atención en la necesidad de información y de expresión que tienen las pacientes, ya que a veces tienen dudas y no existe un espacio donde puedan resolverlas con comodidad y en confianza. Recordemos que mientras más sepan mas podrán participar de su propia salud.
- Realizar más estudios de este tipo para tener un banco de datos mayor que nos permita extrapolar con mayor seguridad todas estas ideas.

CAPITULO IX. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de Sida. Ginebra, 2010.
2. ONUSIDA. Treinta años de sida: las naciones en un punto clave del camino. New York, 2011.
3. ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de Sida. Ginebra, 2009
4. MINSA. Situación del VIH/SIDA en el Perú. Boletín Epidemiológico Mensual. Lima. Octubre de 2008.
5. Departamento de estadística e informática. Hospital Dos de Mayo. 2009-2010.
6. OPS. Plan Regional de VIH/ITS para el Sector Salud 2006-2015. Washington, Noviembre de 2005.
7. GPI/PNUD. Legislación Comparada de VIH en Latinoamérica y el Caribe. Primera edición, febrero de 2010.
8. Ley N° 28243; Ley que amplía y modifica la Ley N° 26626 sobre el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y las infecciones de transmisión sexual.
9. ONU. Declaración del Milenio. New York, Setiembre de 2000.
10. ONUSIDA. Llegar a Cero - Estrategias 2011-2015. Ginebra, diciembre de 2010.
11. Matos O, Mendez C, Wispi Y, Ogando D, Montalvo M. Frecuencia de VIH/SIDA en embarazadas. Rev Med Dom 2002; 63(2):130-133.
12. Piédrola G. Epidemiología y Prevención del SIDA. En: Medicina preventiva y salud pública. 10a. ed. España: Masson, 2000: 554-564.
13. Patricia J. García. Sexo, Prevención y Riesgo: Adolescentes y sus madres frente al VIH y las ITS en el Perú. MINSA-CARE PERÚ. Primera edición, octubre de 2008. Vol (1): 11-13 pgs
14. ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de sida. Ginebra, 2008.
15. ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de sida. Ginebra, 2004
16. Holmes K, Levine R y Weaver M. Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections. Bulletin of the World Health Organization. Ginebra, junio de 2004.
17. OMS/ONUSIDA. Nota informativa sobre la eficacia de los preservativos para prevenir las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH. Ginebra, agosto de 2001.

18. UNFPA. Informe sobre al apoyo de donantes al desarrollo de anticonceptivos y preservativos para la prevención de ITS/VIH 2007.
19. Singh S, Darroch J.E y Bankole A. A, B, and C in Uganda: The Roles of Abstinence, Monogamy and Condom Use in HIV Decline. The Alan Guttmacher Institute. Washington DC. 2003.
20. Gremy I, Beltzer N. HIV risk and condom use in the adult heterosexual population in France between 1992 and 2001: return to the starting point. AIDS 2004; 18: 805-900.
21. CONAMUSA, MINSA, ONUSIDA, Proyecto Vigía, Plan Estratégico Multisectorial VIH/SIDA 2007-2011 para la Prevención y Control de las ITS y VIH/SIDA, 2006.
22. Las Mujeres Positivas La situación de las Mujeres viviendo con VIH/SIDA en el Perú. CMP Flora Tristán. Lima 2006: 20-24.
23. INEI/Perú: Evolución de los Indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio al 2009.
24. Situación del VIH/SIDA en el Perú – Día mundial de lucha contra el VIH/SIDA. Lima, diciembre de 2009. En www.dge.gob.pe/vigilancia/VIH/boletines_vih.htm. Fecha de visita 15/01/2010.
25. Valdés E. VIH-SIDA y embarazo: Actualización y realidad en Chile. Rev Chil Obstet Ginecol 2002; 67(2): 160-166.
26. Lartigue T, Casanova G, Ortiz J, Aranda C. Indicadores de malestar emocional y depresión en mujeres embarazadas con ITS-VIH/SIDA. Perinatol Reprod Hum 2004; Vol. 18(2):73 -90
27. Jacobsberg L, Frances A Diagnoses among volunteers for HIV testing and counseling. Am J Psychiatry 1995; 152: 1222-4.
28. Samuels JF, Nestadt G, Romanoski AJ, Folstein MF, McHugh PR. DSM-III personality disorders in the community. Am J Psychiatry 1994; 151: 1055-62.
29. Scheier MF, Bridges MW. Person variables and health: personality predisposition and acute Psychological states as shared determinants for disease. Psychosom Med 1995; 57: 255-68.
30. Perrata P, Nisita C, Zaccagnini E. Psychopathology in 90 consecutive human immunodeficiency virus seropositive and acquired immune deficiency syndrome patients with mostly intravenous drug use history. Compr Psychiatry 1996; 37: 267-72.
31. Ciesa JA, Roberts JE. Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. Am J Psychiatry 2001; 158: 725-30.

32. Chandra PS, Ravi V, Puttaram S, Desail A. HIV and mental illness. *Br J Psychiatry* 1996; 150: 782 -6.
33. Brugha TS, Wheatley S, Taub NA, Cul-verwell A, Friedman T, Kirwan P, et al. Pragmatic randomized trial of antenatal intervention to prevent post-natal depression by reducing psychosocial risk factors. *Psychol Med* 2000; 30: 1273-81.
34. Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjö G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand Gyn* 2001; 80: 251-5.
35. Ortega L, Lartigue T, Figueroa M. Prevalencia de depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edin-burgh (EPDS) en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas. *Perinatol Reprod Hum* 2001; 15: 11-20.
36. Regmi S, Sligl W, Carter D, Grut W, Seear M. A controller study of postpartum depression among Nepalese woman: validation of the Edinburgh Postpartum Depression scale in Kathmandu. *Trop Med Int Health* 2002; 7: 378-82.
37. Huang Y, Mathers SN. Postnatal depression-biological or cultural? A comparative study of postnatal women in the UK and Taiwan. *J Adv Nurs* 2001; 33: 279-87.
38. Nelms. The phenomenon of the mothering with HIV. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* (2005). P 16(4), 3-13
39. Ingram, D., & Hutchinson. Double binds and the reproductive and mothering experiences of HIV-positive women. *Qualitative Health Research*, S. A. (2000); 10(1), 117-132.)
40. Ethier, K. A., Ickovics, J. R., Fernandez, M. I., Wilson. The Perinatal Guidelines Evaluation Project HIV and Pregnancy Study: Overview and cohort description. *Public Health Reports*, (2002); 117, 137-147
41. Kwalombota, M. (2002). The effect of pregnancy in HIV-infected women. *Aids Care*, 14(3), 431-433.
42. Azevedo, V. C. C. (2004). Gravidez soropositiva. In M. C. Prado (Org.), *Mosaico da violência: a perversão da vida cotidiana* (pp. 193-240). São Paulo: Vetor.
43. Gonçalves T, Piccinini CA. Aspectos psicológicos del embarazo y de la maternidad en el contexto de infección por VIH/sida. *Psicol USP* 2007; 18(3):113-142.
44. Brazelton, T. B., & Cramer, B. G. *As primeiras relações*. São Paulo 1992.
45. Szejer, M., & Stewart, R. *Nove meses na vida da mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento*. Casa do Psicólogo. São Paulo 1997.

46. Carvalho, F. T., & Piccinini, C. A. Maternidade em situação de infecção pelo HIV: um estudo sobre os sentimentos de gestantes. *Interações em Psicologia*, 10(2), 345-355. São Paulo 2006
47. Guerra ME, Rodríguez AI, Rodríguez S, Tovar V, Carvajal A, Ferreira A, Blanco L, León JR. Conocimientos sobre VIH/SIDA en un grupo de embarazadas VIH (+). *Acta Odontológica Venezolana* 2009; 47(1).
48. Salazar Torres I. Vergara Vélez T. Características psicológicas de mujeres embarazadas con diagnóstico de vih/sida. *Rev internac psico clín y salud* 2008; (1): 83-102.
49. Biagini C, Grigaitis L, Giri B. Embarazo y VIH/SIDA: Vivencias del proceso salud – enfermedad – atención: un estudio de casos de mujeres seropositivas embarazadas atendidas en efectores públicos seleccionados. 2008 (1).
50. Lartigue T, Casanova G, Ortiz J, Aranda C. Indicadores de malestar emocional y depresión en mujeres embarazadas con ITS-VIH/SIDA. *Perinatol Reprod Hum* 2004; 18: 73-90
51. Gonzalez I, Dominguez Y, Perez M, Lartigue T. Trastorno límite de la personalidad y su asociación con el VIH/SIDA en gestantes. *Perinatol Reprod Hum* 2004; 18(2):. 103-118.
52. Peñarrieta, M. “Experiencia de vivir con el VIH / SIDA en un país latino: un análisis cualitativo”. *Cultura de los cuidados*. 2006; 20: 69-75.
53. *Diccionario de la Lengua Española*. Vigésima Segunda edición.
54. El VIH y su tratamiento — Resultado positivo al VIH. En <http://aidsinfo.nih.gov/infoSIDA>. Fecha de consulta 10/01/2010

X. ANEXOS

ANEXO N°1

FORMATO PARA LA RECOLECCION DE DATOS SOCIALES DE LAS MUJERES EMBARAZADAS VIH POSITIVAS DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO

Fecha de aplicación: _____

Nombre de la embarazada: _____

Procedencia: _____

I. FACTORES SOCIO ECONOMICOS – DEMOGRAFICOS DE LAS EMBARAZADAS VIH POSITIVAS

1.- Edad _____

2.- Estado civil

☐ Soltera

☐ Conviviente

3.- Grado de instrucción

☐ Analfabeta

☐ Secundaria

☐ Primaria

☐ Superior/técnica

4.- Ocupación

☐ Estudiante

☐ Trabajadora

☐ Ama de casa

5.- Zona de residencia

☐ Urbano

☐ Rural

☐ Urbano marginal

6.- Edad gestacional

☐ Primer trimestre

☐ Tercer trimestre

☐ Segundo trimestre

7.- Número de hijos

☐ Ninguno

☐ 2

☐ 1

☐ 3 a más

8.- Diagnóstico

☐ < 6 meses

☐ > 1 año

☐ > 6 meses - ≤ 1 año

ANEXO N°2

GUIA PARA GRUPO FOCAL CON MUJERES GESTANTES VIH POSITIVAS

Nota para el Facilitador: Los objetivos del grupo focal con gestantes VIH positivas, es explorar los temas principales respecto a la perspectiva que tienen de sus vidas, lo que podría influenciar en su mejoría y predisposición al cumplimiento del tratamiento brindado. También queremos saber sobre la experiencia y opiniones de mujeres sobre el trato que reciben en el Hospital y posibles sugerencias que ayuden a mejorar estos aspectos. En cada sección de la guía, hay una nota para el facilitador que explica el propósito de la sección y una lista de preguntas.

Perspectivas de vida a nivel personal

(Nota para el Facilitador: El propósito de esta sección es conocer cómo las mujeres perciben su vida a futuro en cuanto a su propia persona, esperanza de vida, motivación para cumplir el tratamiento, complicaciones respecto a su salud, capacidad para ejercer una profesión u oficio, etc.)

- ¿Cómo se sienten en este momento?
- ¿Cómo se ven de aquí a diez años?
- ¿Se encuentran motivados a seguir el tratamiento? ¿Qué los motiva?
- ¿Cuáles son las dificultades o problemas de salud que podrían presentar?
- ¿Cómo se sienten en su papel de madres?
- ¿Van a continuar con los planes que tenían antes de su gestación?
- ¿Creen que puedan hacer algo para mejorar las condiciones de salud de las gestantes con su diagnóstico?
- ¿se sienten bien para realizar un trabajo u oficio?

Perspectivas de vida a nivel Familiar:

(Nota para el Facilitador: El propósito de esta sección es conocer lo que las mujeres piensan sobre su vida a futuro a nivel familiar, razones por las cuales tendrían o no mas hijos, planes de matrimonio, posibilidad de divorcio o separación, alejamiento o cercanía

de sus familiares y recomendaciones para motivar que más mujeres en esta condición fortalezcan sus lazos familiares).

- ¿Sabían ustedes si tenían VIH antes de su gestación?
- Si la respuesta es si ¿Conociendo esto, fue su propia decisión tener un hijo?
- ¿Sabían de los riesgos que podrían tener sus futuros hijos?
- ¿Tendrían ustedes más hijos? ¿Por qué?
- ¿Actualmente tienen apoyo de su pareja?
- ¿Piensan formalizar la relación que tienen con su pareja?
- ¿Cuál fue la reacción de sus parejas al enterarse que estaban esperando un hijo y tenían VIH?
- ¿Creen ustedes que sus parejas se alejarán o divorciarán de ustedes en algún momento?
- ¿Qué harían por ustedes sus familiares?

Perspectivas de vida a nivel Social

(Notas para el facilitador: El propósito de esta sección es conocer lo que las madres piensan acerca de la reacción de la comunidad si se conociera su situación: Oportunidades Laborales, Rechazo o discriminación, Integración de grupos de ayuda,).

- ¿consideran importante la reacción de sus amistades y vecinos si se enteraran que es portadora del VIH?
- ¿Piensan que tendrían las mismas oportunidades laborales?
- ¿Cree que serían discriminadas, rechazadas o excluidas?
- ¿Cuáles serían sus reacciones frente a esa situación?
- ¿Saben ustedes qué son los grupos de ayuda?
- ¿Están interesados en participar de ellos.
- ¿Piensan que podrían ayudar a otros a prevenir la transmisión del VIH?
- ¿Qué harían para lograr esto?

Terminamos con las preguntas del grupo focal. ¿Ustedes tienen alguna otra pregunta? (ellas preguntan o responden)? Muchas gracias por su participación!

ANEXO N°3
FORMATO PARA VALIDACION DE INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

Estimado (a) _____

Teniendo como base los criterios que a continuación se presentan, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta: marque con una X en Si o NO en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO(0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.			
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.			
3. La estructura del instrumento es adecuada.			
4. Los ítems del instrumento responden a las variables de estudio			
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento			
6. Los ítems son claros y entendibles.			
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.			

Sugerencias;.....
.....

Firma del experto (a)

ANEXO N°4
CONSENTIMIENTO INFORMADO
“PERSPECTIVAS DE VIDA DE LAS GESTANTES VIH POSITIVAS USUARIAS DEL
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO EN EL PERIODO AGOSTO 2010 - MAYO
2011.”

El presente trabajo es un estudio referido a las perspectivas de vida de las gestantes VIH positivas que son atendidas el Hospital Nacional Dos De Mayo; que sin duda será beneficioso y de mucha utilidad, por lo que le solicitamos a usted participar voluntariamente en este trabajo de investigación. Antes de tomar una decisión sobre su participación lea con atención lo siguiente:

- 1.- Participara de una técnica llamada Focus Group y responderá a preguntas previamente elaboradas, por lo que le solicitamos su participación y contribuir con veracidad al momento de responder.
- 2.- Toda información que usted nos ofrezca será **CONFIDENCIAL** y será utilizada con fines de la investigación y sólo tendrá acceso el investigador
- 3.- De no tener la disponibilidad a participar en el estudio, Ud. Tendrá derecho a hacerlo, así como retirarse cuando lo desee sin que esto ningún perjuicio actual, ni futuro para su persona o en su atención.

En conocimiento y en plena función de mis facultades físicas, mentales y civiles, **YO.....**, con **DNI.....**, **ACCEDO A PARTICIPAR** en el presente estudio y me someto a las exigencias que este supone y de las cuales he tenido conocimiento mediante el presente documento.

Fecha:.....

Firma del participante.....

Firma del investigador.....

ANEXO N°5

FOCUS GROUP

Buenos días chicas, como ya les había comentado, nos encontramos reunidas hoy para hablar acerca de las perspectivas en varios planos de su vida. Básicamente para conocer qué es lo que piensan, sienten y como se proyectan a futuro. No están obligadas a contestar todas las preguntas, pero les pedimos que por favor respondan siempre con la verdad, de manera fuerte y clara para que se oiga bien en la grabación. Siéntanse cómodas, pueden expresarse libremente, siempre y cuando no interrumpen si hay alguien hablando.

PERSPECTIVA DE VIDA EN EL ASPECTO PERSONAL

1. ¿Cómo se sienten en este momento?

R: Yo al comienzo como que un poco intranquila, porque llegué primero y todavía no llegaba el resto, pero ahora ya bien, tranquila.

R: Normal. A algunas las conozco.

R: Bien.

R: Sí, bien. He tratado de actualizarme de leer, de aprender más. Aparte trabajo y así ocupo mi tiempo.

R: Todo bien Gracias.

R: Bien, solo que nunca me había reunido así, pero está bien. Me gusta.

2. ¿Cuánto tiempo llevan con el diagnóstico?

R: 1 año.

R: 5 años.

R: 6 meses.

R: 3 años.

R: 7 años.

R: 4años.

3. ¿Cómo se ven de aquí a diez años? ¿Cambio Algo?

R: Bueno, no sé, con mi hijo. Igual supongo.

R: También, trabajando, haciendo todo por mi hijo, quizá de un lado para otro; porque yo vendo productos.

R: Igual que antes, porque ya sé que tengo que seguir con mi vida y cuidarme, también cuidar a mí bebé. Seguir estudiando.

R: Yo igual que todas, pero porque diez años; yo no me voy a morir... yo todavía quiero vivir, por lo menos que mis hijos tengan veinte años ahí si ya me puedo morir tranquila. Que estudien, que ya tengan un futuro.

R: No, no creo que cambie, yo seguiré siendo igual, eso es mejor ya que tengo 4 niños y ellos dependen de mí.

R: Nadie sabe cómo será de aquí a diez años, pero yo espero estar al lado de mi esposo y mis hijos. No creo que tenga que cambiar algo, pero si mejoraría mi estilo de vida, comería mejor y me cuidaría más.

4. ¿Saben que es el estilo de vida? ¿Les han hablado de eso? ¿Cómo ven ese tema? ¿Cambiará o no?

R: ah! Eso si pues. Tenemos que cuidarnos más, hacer ejercicios, no consumir alcohol y alimentarnos bien; porque el Doctor que me atiende me explico que mis defensas pueden bajar.

R: Sí, en los alimentos... tenemos que alimentarnos mejor. Tomar siempre agua hervida y comer bien cocidos los alimentos.

R: También es importante estar tranquila y no deprimirse, porque eso nos hace daño.

R: Mejora el estilo de vida, eso es importante porque de eso depende nuestra salud.

R: Claro, mejora porque nos cuidamos más.

R: Sí.

5. ¿Se encuentran motivadas a seguir el tratamiento? ¿Qué las motiva?

R: Si, yo sí, porque el papá de mi hijo siempre me apoya. Si no tuviese apoyo sería más difícil.

R: Cuando no hay apoyo uno a veces no tiene ganas ni de seguir el tratamiento, a mí me paso; pero ya no, ahora sí quiero seguir.

R: Yo sí, por mi hijo.

R: Yo también. Al inicio una se pregunta ¿Por qué?! Y piensas que todo se va a terminar, pero no es así. Yo voy a seguir mi tratamiento.

R: De repente yo al inicio no me sentí bien, me deprimí mucho por lo que sería mi mamá, pero gracias a Dios, por ahí una amistad que tenía me apoyo me explico y pude salir adelante. Ahora sí me motiva mi hija, mi trabajo.

R: Yo me encuentro motivada, por mi bebé.

6. *¿Cuáles son las dificultades o problemas de salud que podrían presentar, ahora que tienen VIH? ¿Saben si están más propensas a enfermarse? ¿Qué información tienen al respecto?*

R: A mí me han dicho que sí, que puedo enfermarme más fácil y por eso tengo que cuidarme más.

R: Yo sé, que por ejemplo de aquí a, digamos diez años, quince años, mi cuerpo se puede deteriorar, ser más propensos a enfermarnos.

R: Pero no todos somos iguales, ahí va a depender mucho de cómo nos cuidamos, nos alimentamos y todo eso.

R: Yo ahorita me veo igualita, pero yo he conversado con una señora que tiene VIH que ya tiene 10 años en dos de mayo, señora disculpe mi curiosidad mía, por lo común digamos de aquí en 10 años, 20 años, como voy a ser, que apariencia física voy a tomar yo, me dijo: no todos son iguales, por ejemplo en la masa muscular yo era gordita, de pronto comencé a bajar de peso, además cuando avanza, tu cabello se va poniendo más opaco, tú misma piel se reseca y te enfermas con más facilidad, yo ahorita estoy yendo al hospital porque tengo el abdomen un poco hinchado.

R: O sea si tendemos más a enfermarnos, pero por eso nos cuidamos, tenemos bajas las defensas.

R: Si pero depende pues, si nos cuidamos ¿no?

7. *¿Quién les informo acerca de las dificultades o problemas de salud que podrían presentar por tener VIH?*

R: En donde me atiende una obstetrix bien buena me explico todo y como debo cuidarme también.

R: Sí, a mí también me toco una obstetrix buena y el doctor también me explico.

R: En mi hospital me explicaron. Pero lo malo es que siempre me atiende un doctor diferente y no es la misma confianza con todos, hay unos que rapidito no mas te atienden y ni te miran.

R: Yo tengo mi control en la maternidad y ahí hay un doctor especialista que me atiende muy bien y me explica todo.

R: Aquí en el Dos de Mayo cuando empezamos el TARGA nos dan una charla y nos explicaron algo acerca del VIH. Además la Obstetrix Eliana siempre nos atiende si tenemos alguna duda.

R: Sí, una obstetrix me dio charlas de cómo debo cuidarme y me ha ido bien hasta ahora.

8. *Y díganme ahora ¿Cómo se sienten en su papel de madres?*

R: Yo bien, ya quiero que nazca.

R: Bueno un poco preocupada por la salud de mi bebé, porque siempre hay riesgo ¿no? Y además eso me da más fuerzas y mayores responsabilidades, también un motivo para seguir.

R: Yo bien, solo que este embarazo la estoy pasando peor que el anterior, tengo más nauseas y mas malestar.

R: Yo tengo un poco de miedo a la cesárea, porque mi primer bebé fue parto normal, yo ya tenía VIH pero se me rompió la fuente a los siete meses y fue allá en Tarapoto. Pero me sentí feo porque el doctor me decía que ya no había nada que hacer y que había poca probabilidad que vivan, y ahí me tenían sin hacerme nada; eran dos, uno si se murió. Ahora tengo miedo con eso de la anestesia, si me pasa algo ¿con quién se van a quedar mis hijos?

R: Normal. Estoy esperando que me programen, aunque todavía falta creo.

R: Yo también ya quiero que nazca, quiero tenerlo en mis brazos.

9. ¿Van a continuar con los planes que tenían antes de su gestación? ¿Fue planeado este embarazo?

R: No, yo no planeé este embarazo, todo fue inesperado y aun me estoy adaptando a mi nueva vida, pero con el apoyo de mi pareja estaré bien.

R: No lo planeé, pero seguiré adelante.

R: No, yo no sabía que estaba embarazada. Cuando me entere, le dije a mi novio y como que todo iba bien. Pero todo fue que a mí me hicieron la prueba y luego lo llame para que él también se haga porque mi resultado salió sospechoso y él se desapareció, nunca más me hablo, no me contestaba las llamadas. Nada. Pero mi madre me apoya incondicionalmente y con eso seguiré adelante. Quizá ponga un negocio propio.

R: Yo tampoco planeé mi embarazo, pero normal, voy a seguir con mis planes al lado de mi esposo.

R: Mío no puedo decir que fue planeado pero me va bien, solo que yo no quiero que me liguen. O porque me puede hacer daño... Miedo no tengo, ya me dijeron que no pasa nada, pero a ver qué pasa si me separo de mi esposo; el otro hombre con el que este puede querer un hijo y si estoy ligada ya no voy a poder.

R: Yo si planeé con mi esposo tener otro bebé y ya de ahí si me pienso ligar.

10. ¿Creen que puedan hacer algo para mejorar las condiciones de salud de las gestantes VIH positivas?

R: Claro que si, pues con la información que tuve en mi anterior embarazo podré ayudarlas, aconsejarles todo lo que pueda.

R: Si, trataría de apoyarlas en lo que pueda.

R: Yo creo que sí, los problemas son también cuando es tu primer embarazo, creo que para mí es más fácil saber lo que sienten ellas, porque no sabes que hacer, estas embarazada. Aunque a veces uno dice ¿qué hago? Y no sabemos cómo orientarlo.

R: Si, mediante mi experiencia con el VIH yo les puedo ayudar, pues yo estoy informada, quizás no explique tanto como un médico o una obstetriz pero puedo dar mi granito de arena con lo que yo sé, si me gustaría.

R: Yo creo que sí, pues ellas al igual que yo tenemos el mismo problema, podemos intercambiar cosas que nos hayan pasado, tal vez hasta las mismas cosas, quién sabe ¿no?, y nos podemos ayudar juntas, yo creo que si se puede ayudar.

R: Orientarles, no tendría vergüenza, a una persona que es portadora no tiene vergüenza de contarlo, a una persona que no es portadora tiene miedo, dudas, inseguridad, incomodidad; en cambio con una persona que tiene, tienes más confianza, que tenga mi mismo caso.

11. ¿Se sienten bien para realizar un trabajo u oficio?

R: Por ahora solo me dedicaré a mis hijos, claro con la ayuda de mi mamá.

R: Bueno si más adelante.

R: Si, yo me he dedicado al cuidado del adulto mayor, claro que yo quiero trabajar en algo propio, que sea mío, si se puede y es mi meta que me he trazado que yo quiero es por mi hija.

R: Quiero estar con mi hijo, trabajar no está en mis planes, tengo el apoyo de mi madre pero cuidar a un hijo no es fácil.

R: Yo trabajo en un negocio de abarrotes con mi esposo, ahora en estas últimas semanas si no he trabajado mucho ahí.

R: Por ahora no, pero si me gustaría más adelante tener mi negocio.

PERSPECTIVA DE VIDA EN EL ASPECTO FAMILIAR

12. ¿Sabían ustedes si tenían VIH antes de su gestación actual?

R: Si pues yo ya tengo un hijo, cuando tenía este virus.

R: Si, fue muy duro cuando lo supe.

R: No, recién me entere cuando fui al hospital a hacerme mis controles y me pidieron que me haga la prueba... como dije recién después de eso me entere que tenia VIH y además el papá de mi hija se alejo de mí.

R: Yo también lo sabía pero me embarace sin planificarlo.

R: Si lo sabía.

R: Yo sí, pues en mi primer embarazo de gemelos cuando estuve casi para dar a luz me dijeron que tenía VIH y que tal vez podían fallecer mis hijos, pues no lleve tratamiento, uno de ellos falleció, pero mi otro bebé está vivo y no tiene VIH.

13. Si la respuesta es sí ¿Conociendo esto, fue su propia decisión continuar con el embarazo?

R: Sí, lo converse con mi pareja y como hay modo de que mi bebé no salga con el virus decidimos tenerlo.

R: Si es mi hijo y lo quiero tener, un hijo siempre es una bendición de Dios y como ya le dije yo lo quiero tener.

R: Sí, bueno como ya le dije no lo planifique pero como sabía que había posibilidades que no saliera con el virus, bueno yo continúe con mi embarazo además porque solo Dios decide quien vive y quien muere, yo no iba a matar a mi hijo.

R: ---

R: Sí, tal vez no lo planee pero yo quería tener otro hijo y ya que sabía que cuidándome con mis medicamentos mi hijo podría salir sin VIH decidí seguir con mi embarazo, esa es mi decisión.

R: Sí, pues mi hijo quiere tener un hermanito con quien jugar y porque mi pareja quería tener otro hijo más y yo soy joven así que decidí tener un hijo.

14. ¿Sabían de los riesgos que podrían tener sus futuros hijos?

R: Si pues al igual que yo puede enfermar con facilidad, más si es pequeñito ¿no?, por eso lo debo cuidar más que otros bebés, eso depende más de cómo lo cuide, de que siempre le de sus medicamentos para que no se enferme.

R: Sé que hay riesgos pero no lo tengo muy claro.

R: Sí, pero todo depende de cómo cuide a mi hija, si la cuido bien y no la expongo a enfermedades sé que no le pasara nada.

R: Escuche algo pero no mucho.

R: Sí, pero ya como llevo el tratamiento desde el comienzo, es más difícil que se enferme, bueno eso pienso yo. Porque a mí me han explicado que hay muy pocas posibilidades de que tenga el virus.

R: Sí sabía, pero con el tratamiento contra el virus en mi bebé creo que no lo tendrán ¿verdad?

15. ¿Tendrían usted más hijos? ¿Por qué?

R: No creo, ya no quiero tener más hijos, ya tendría 5 con este bebé, ya son bastantes no quiero tener un equipo de fútbol... (Risas).

R: Tal vez, no lo sé ahora, más adelante quizás, quiero ver cómo me va con mi bebé si me va bien con mi primer bebé tal vez me anime a tener otro para que no esté solito mi hijo.

R: Si encuentro una pareja, aunque es poco difícil pero todo está en manos de Dios, pero es difícil, ya de por si es difícil en mi situación económica, no lo sé.

R: No, solo quiero dedicarme a mis dos hijos a su tratamiento y al mío.

R: No, pues ya tendría dos, además porque tengo mi negocio y no me daría tiempo para mis hijos.

R: Por ejemplo yo he pensado si me separo de mi esposo y conozco otra persona, yo soy joven, hay que pensar como seres humanos, quien sabe de aquí diez años tuviera otra pareja y quisiera un hijo, soy joven.

16. ¿Actualmente tienen apoyo de su pareja?

R: Si tengo el apoyo de él y eso me hace sentir más segura, no siempre va conmigo a mis controles pero me apoya cuando puede, pues trabaja y no tiene tanto tiempo.

R: No, pero yo me basto y me sobro, mi hijo solo necesita a su madre y bueno a su abuela que gracias a Dios está conmigo y me apoya.

R: No tengo apoyo de mi pareja, pues cuando se entero de mi embarazo y le dije que se haga la prueba se fue y no supe más de él, tengo a mi madre y a mi abuela que me ayudan a superar todas mis preocupaciones y eso es suficiente para mí.

R: Si me apoya.

R: Sí, vamos juntos a todas las citas, se interesa por lo que me sucede a mí y a nuestro bebé, eso me da más fuerza para seguir con mi tratamiento.

R: Si mi pareja me apoya en todo, es un buen esposo y un buen padre, no tengo quejas de él, más bien a veces me protege mucho.

17. ¿Piensan formalizar la relación que tienen con su pareja?

R: Si estamos juntos, para mí eso es formal.

R: Yo no tengo apoyo ni deseo formalizar con ese hombre, solo quiero que sea responsable con su hijo.

R: Bueno él se alejo de mí, como les dije, así que no creo que quiera que formalicemos, pues ni sé nada de él. Tal vez mas adelante si tuviera una nueva pareja... pero no sé; ahora lo más importante es mi bebé.

R: Estamos conviviendo, al igual que la señora ya estamos juntos.

R: Vivo con él, ya es formal para mí.

R: Claro, por qué no, el me quiere y yo a él, pero por ahora nos enfocamos en el tratamiento de mi embarazo, así como lo dijo la señora, luego se verá para formalizar.

18. ¿Cuál fue la reacción de sus parejas al enterarse que estaban esperando un hijo y tenían VIH?

R: Se puso feliz cuando se entero que estaba embarazada, pero al mismo tiempo tenía miedo pues tengo VIH, pero lo acepto pues él es mi mayor apoyo y un hijo es un hijo no señorita?.

R: Yo sabía que tenía, pero él se entero cuando salí embarazada; me abandono, no le importo ni su hijo ni yo, en fin yo sigo adelante por mi hijo.

R: Al principio le dije que estaba embarazada, bueno lo tomamos bien pero al enterarse de que tenía una prueba positiva como ya te había dicho, él decidió irse y no sé nada de él. Él no quiso hacerse la prueba, por eso yo creo que él me contagió.

R: Normal, ya los dos sabíamos que con el tratamiento se evitaba el contagio, lo tomo tranquilo

R: Antes de salir embarazada e incluso antes de estar con él, ya sabía que tenía VIH, pero a pesar de ello quería estar conmigo y tener un hijo, así que su reacción no fue mala, al contrario él lo quería tener, bueno él es mi segundo compromiso.

R: Él recién se entero cuando fui a dar a luz, al principio yo lo oculte por temor, tenía temor, y el doctor le dijo a él que yo tenía VIH y yo estaba en la cama llorando por los dolores, pero él me entendió y me apoyó mucho. Luego se hizo la prueba y salió negativo.

Llevamos 5 años y le sigue saliendo negativa la prueba. Mi primera pareja que tuve allá en la selva, ese seguro que me pasó el virus.

19. ¿Creen ustedes que sus parejas se alejarán o divorciarán de ustedes en algún momento?

R: No lo creo, tenemos un hijo que está por venir, y me apoya no lo creo.

R: Bueno él no está conmigo y espero que cuando nazca nuestro hijo se haga cargo al menos con el dinero para mantener a su hijo, que lo venga a ver, pero si no lo hace. Le hare juicio, así tiene que ser pues señorita, sino como pues, se hace el desentendido y su responsabilidad queda en el aire.

R: El papá de mi hija no está conmigo, pues se fue al enterarse como les dije, pero espero no se aleje, al menos de mi hija pues tiene el deber como padre, de pasarle su mensualidad y de verla, pues no sé nada de él, aunque una vez entro al Messenger y yo estaba conectada y no me hablo ni yo a él, espero se comunique conmigo.

R: Él está conmigo, no creo, ya tenemos otro hijo más y no me abandono antes, así que no creo que lo haga ahora.

R: Creo que no, pues él de principio supo mi estado y no me dejó, al contrario estuvo conmigo y siempre me apoyo.

R: No lo sé ahora me apoya, pero más adelante quien sabe, uno nunca sabe lo que pasará mañana.

20. Dentro de su Familia ¿Quién es el que sabe de su diagnóstico y la apoya? ¿Qué harían por ustedes sus familiares?

R: Mi madre me apoya, pues cuando me operen vendrá a cuidarme a mi hijo, si me ayuda. Mi hermano también me ha ayudado mucho para comprarme mis cositas.

R: Supongo que apoyarme. Mi mamá sabe de mi diagnóstico y mis hermanos también.

R: Mi madre es mi gran apoyo, ella está conmigo desde el principio y sé que haría todo por mí y por su nieta, además de recibir apoyo de mi abuela, quien también me comprende.

R: Mis padres me apoyarían con mis hijos para que yo pueda seguir trabajando en mi negocio.

R: Mis padres me apoyan pero no pueden ayudarme económicamente, pues son pobres, pero por ello yo más adelante quiero poner un negocito.

R: Bueno mis padres están en Tarapoto, no me ayudan mucho pues están lejos, pero cuando nazca mi hijo vendrá ayudarme; mi cuñada y mi sobrino también saben pero solo me apoyan moralmente. Mi Hermano también sabe que tengo VIH, pero está lejos.

PERSPECTIVA DE VIDA EN EL ASPECTO SOCIAL

21. ¿Cómo creen ustedes que reaccionarían sus amistades y vecinos si se enteraran que es portadora del VIH? ¿Les importa mucho esta reacción?

R: Ah yo tengo mala experiencia con eso, señorita... pero con la gente del hospital que me atendían y que atendieron a mi primer bebé. En cuanto se enteraban, miraban raro a veces ni querían acercarse, incluso yo creo que a mi bebé no lo atendieron bien; eso fue allá en la selva. Y también, como yo he sido técnica de enfermería ahí tenía una amiga que se entero que yo tengo VIH y como mi sobrino salía con su hermana, ella le dijo que ya no salga con él porque yo tenía SIDA y quién sabe si él también. Ella lo divulgó prácticamente... y la chica termino con mi sobrino pues... y encima de todo mi sobrino se entero también.

R: No sé cómo le diría o si se enteraran como sería, yo creo que se alejarían y a mí sí me afectaría. Prefiero que no se enteren.

R: Yo no le diría a nadie y no me gustaría que se enteren porque a veces la gente se muestra bien con uno pero luego a tus espaldas hace comentarios. A mí me molestaría mucho si me entero que andan comentando sobre mí.

R: Como te digo, a mí no me gustaría que mis vecinos se enteren. Y no creo que mis amigos tampoco. Pero yo le conté a mi mejor amiga y ella me apoyo mucho; me abrazo y me dijo que ella no iba a dejar de ser mi amiga y que no me sienta mal porque era una situación por la que cualquier persona pasaría... y hasta ahora conversamos y me llevo muy bien con ella.

R: En todos los sitios hay personas que son buenas y otras que no; no me parece que todo el mundo sepa nuestra condición porque así podrían haber reacciones malas o de discriminación y de hecho que eso me haría sentir mal.

R: Yo no me avergüenzo de tener VIH, ya llevo 8 años con el diagnóstico y sé que hay personas en las que se puede confiar y otras que no. No creo que sea necesario que otros se enteren, pero si se da el caso de que alguna amistad o vecino se enterase, trataría de que no me afecte y no haría caso si reacciona mal.

22. *¿Piensan que tendrían las mismas oportunidades laborales? Me refiero a si creen que pueden trabajar sin problema o ¿no?*

R: Bueno, yo trabajo independiente... vendiendo productos y creo que puedo seguir normal pues. Pero otro trabajo no sé.

R: Yo no creo... pienso dedicarme a mis hijos, ya con este tendría dos y ¿quién los cuidaría? Mi esposo trabaja todo el día. Antes trabaje de técnica en un hospital, cuando vivía en la selva; pero después que vi como me discriminaban cuando se enteraron de que tenía VIH ya no quise saber nada.

R: Yo también he sido técnica, cuidaba ancianos y me gustaba mucho mi trabajo... pero cuando me entere de que tenía VIH deje de trabajar, además porque también estoy embarazada y quiero cuidarme bien para que mi bebé nazca mejor. Tal vez más adelante si podría volver a trabajar, aunque no sé si tendré las mismas oportunidades, porque existe mucha discriminación y más todavía si uno trabaja en lo que es hospitales o clínica, peor... no te quieren contratar o te ponen pretextos. Creo que sería mejor un negocio independiente.

R: Siempre estuve dedicada a mi mamá y, ahora, a mis hijos...

R: Yo sigo trabajando y me siento muy bien así; eso me distrae y me hace sentir que todo va ir bien. No me imagino a mi misma sin trabajar.

R: Ahora pienso que si podría haber dificultad para conseguir un trabajo pero también sé que tenemos derechos y entre esos esta que no pueden negarnos trabajo por tener VIH. Sin embargo uno no sabe cómo será el trato. Puede ser un negocio propio

23. *¿Creen que serían discriminadas, rechazadas o excluidas?*

R: Yo creo que sí. No le estoy contando lo que me paso cuando tuve mi primer hijito... eso fue discriminación porque no lo atendieron tan rápido, cuando debían de haber tenido más

cuidados con el porqué además era sietemesino. Y a mí ni me querían tocar, hasta los mismos médicos. Y si trabajara sería igual.

R: Yo pienso que sí, siempre hay.

R: Supongo que algunas personas podrían discriminarme o excluirme porque yo misma sé de una señora que trabajaba conmigo de enfermera y tanto la excluían que cuando entraba en un ambiente, todos tenían un pretexto para salir; hasta que un día ella se molestó y a un doctor que estaba alejándose le dijo: “Doctor, yo no he venido a acostarme con usted, sino a hacer mi trabajo así que relájese”.

R: Yo por eso prefiero poner un negocio en mi casa, de todas maneras, no serán todos pero siempre hay alguien que te mira feo. Yo he aprendido a no hacer caso de esas cosas pero tampoco es cómodo.

R: Yo trabajo, me cuido mucho y trato de que mi condición no sea pública pero sé que hay personas que se han alejado de mí porque se enteraron, otras que no saben y otras que normal. En la vida hay de todo y uno tiene que aprender a convivir con esas cosas.

R: Que mas puedo decir... yo opino lo mismo que ustedes. No todas las personas tienen porque enterarse y menos en un trabajo porque puede haber discriminación.

24. *¿Cuáles serían sus reacciones frente a esa situación?*

R: Si me discriminan yo creo que me sentiría muy mal, no podría trabajar tranquila por eso prefiero trabajar independientemente.

R: Claro que se siente mal, da mucha rabia cuando vez que hay gente mala que habla cosas y te discrimina o a nuestra familia, como me paso a mí en mi primer embarazo.

R: No se siente bien, pero no les daría gusto de ponerme mal. A cualquier persona le puede pasar.

R: Yo pienso igual.

R: Creo que al inicio me sentiría mal, pero por mi hijo tengo que seguir adelante y me repondría.

R: Pues yo trataría de no sentirme mal porque eso me hace peor, el doctor ya me ha dicho que no es bueno que nos pongamos tristes ni nos deprimamos porque eso nos baja las defensas.

25. Ya que hablamos de cómo se sienten ¿Saben ustedes qué son los grupos de ayuda?

R: Mmmm... No sé a qué te refieres.

R: Sí, algo escuche.

R: Sí, pero no a todos nos ayudan... cuando la asistente social me visito, me dijo que no me podía ayudar porque mi piso estaba acabado... yo creo que de todas maneras deberían brindar un apoyo cuando uno está en esta situación.

R: Sí, creo que en el hospital dan charlas... a eso te refieres ¿no?

R: Sí, cuando estaba en la selva yo participe y hablaba con otras personas.

R: Sí, cuando entramos al programa nos dan una charla. Creo que es el GAM.

26. Al hablar de grupos de ayuda me refiero a aquellos que brindan información acerca del VIH y permiten que ustedes aprendan más y se expresen. Es un espacio que ayuda a que ustedes se liberen y compartan con otras personas de su misma condición. Me acaban de mencionar el GAM del Hospital Dos de Mayo. ¿han participado, de este u otro grupo de apoyo?

R: Una vez fui a la charla.

R: Al inicio fui, luego ya no.

R: Si pero no siempre se reúnen, creo.

R: No señorita, yo para que le voy a mentir... si nos han invitado pero yo no voy.

R: Yo escuche, pero o sé muy bien que días se reúnen.

R: Si he ido, pero no me gusta.

27. Veo que algunas de ustedes si saben algo de los grupos de ayuda pero no han ido o no les gusta. ¿Por qué?

R: Es que no siempre hay tiempo.

R: Como no es un día fijo, tengo que cuidar a mi hijito. Mi esposo trabaja y no tengo con quien dejarlo. En la selva si iba porque ahí era más fácil.

R: Yo si supiera si iría.

R: A mí no me gusta porque ahí van más gays, o sea homosexuales, pero más varones... y son un poco groseros o mañosos, paran haciendo bromas. No me gusta.

28. Y si existiese un grupo de ayuda dirigido a gestantes o mamás que tienen VIH; que se diera un día fijo, de repente una vez al mes o cada dos meses. ¿Les gustaría participar de este?

R: Sí, si es un día fijo y solo nosotras, si voy.

R: Claro, sí.

R: Sí, yo creo que es importante porque a veces uno no puede hablar con nadie en su casa y necesita aprender más para cuidarse mejor y todo eso.

R: Sí.

R: En ese caso si iría pues seríamos solo nosotras. Aunque de repente alguna vez también podría ir con mi esposo.

R: Sí, así si, porque ya me dirían un día fijo y yo busco para ver como hago con mi hijo. Además si fuera una vez al mes estaría bien.

29. Entonces ¿Sería bueno que alguien más los acompañe? ¿Les agradecería eso?

R: Si se puede sí, aunque no creo que siempre... o no sé.

R: Bueno yo primero preferiría ir sola y luego dependiendo ya le diría a mi hermana que es la que sabe de mi diagnóstico.

R: Sí, sería bonito que vaya mi pareja pero no creo que él pueda porque trabaja todo el día.

R: A mí me gustaría que mi mamá me acompañe algunas veces, para que también este informada.

R: Como dije, a mi si me gustaría que vaya mi esposo y a él también le gustaría ir. De repente que no sea algo obligatorio ¿no? Sino como opcional.

R: Claro, si fuera una vez al mes, tendríamos 12 reuniones y en 3 de ellas podría ir un familiar de confianza.

30. Entonces parece que podría hacerse. Y pasando a otro punto ¿Piensan que podrían ayudar a otros a prevenir la transmisión del VIH? ¿Qué harían para lograr esto?

R: A otros que no tienen... bueno, es un poco diferente hablar con personas que no tienen el VIH porque algunos te discriminan. No sé, creo que yo no podría. Pero no es necesario que se enteren que tengo VIH pues ¿no? Ay no sé.

R: Yo creo que si podría ayudarles hablándoles. Pero yo tendría que saber quién es esa persona. No a cualquiera.

R: Como dice ella, tendría que ver bien quien es, puede ser una amiga muy cercana, que yo sepa que no me va a mirar feo o sentir rechazo o desconfianza porque tengo VIH. Porque en mi caso por ejemplo yo no le puedo comentar nada a mis tías con las que vivo, solo a mi mamá, porque me botarían de mi casa y lo publicarían.

R: Es difícil encontrar gente sana que te escuche sin verte raro, aunque no te discriminen, no se siente igual.

R: Yo no tengo vergüenza de brindarle información a la gente, pero no se la daría a cualquier persona tampoco.

R: No sé.

31. Terminamos con las preguntas del grupo focal. ¿Ustedes tienen alguna otra pregunta? O ¿quizá un comentario?

R: Si hay otra reunión pásenos la voz señorita.

R: Sí, podemos hacer otra reunión.

R: O formar un grupo, como el que ya hay, pero de nosotras.

R: Si sería bonito tener estos encuentros.

R: También podemos invitar a las nuevas gestantes que entran al Programa (TARGA).

R: Y podríamos seguir viniendo aunque ya tengamos a nuestros hijos.

Bien, parece que podemos concluir que sus perspectivas a futuro en todos los planos de su vida, son en su mayoría muy positivos y se encuentran con muchas ganas de seguir adelante y algunas aun en proceso de adaptarse a la situación que viven. Pero es interesante su ánimo en participar de este tipo de reuniones ya que surge la idea de formar una especie de grupo de apoyo en el cual puedan participar todas ustedes. Sería cuestión de realizar la propuesta al hospital y a ver qué sucede. Muchas Felicidades por sus buenos ánimos y suerte.

Muchas gracias por su participación!

ANEXO N° 6
TABLAS Y GRAFICOS RELACIONADO AL FOCUS GROUP

PERSPECTIVAS A NIVEL PERSONAL

1. Estilo de vida

ESTILO DE VIDA		
Mejora	100.00%	6
No mejora	0.00%	0
Total	100.00%	6

TABLA N°9

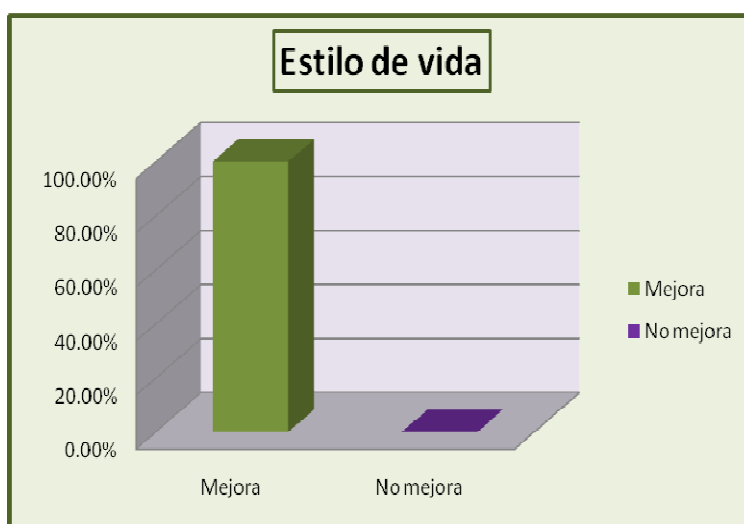


GRAFICO N°9: En este caso las 6 gestantes, o sea el 100%, han coincidido en que deben tener hábitos de salud mejores a los de antes, deben cuidarse física y mentalmente.

2. Motivación para seguir el tratamiento

MOTIVACIÓN		
SI	100%	6
NO	0%	0
TOTAL	100%	6

TABLA N°10

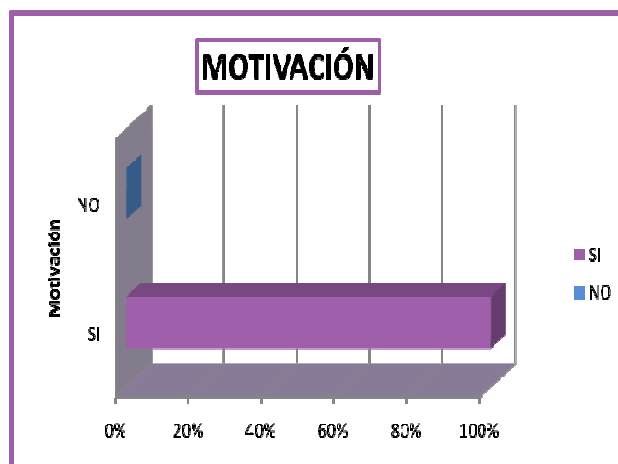


GRAFICO N° 10: Todas ellas, las 6 (100%) respondieron afirmativamente al hecho de encontrarse motivadas a seguir el tratamiento.

3. Fuente de información para sus conocimientos acerca del VIH

FUENTE DE INFORMACIÓN		
Obstetriz	66.60%	4
Médico	16.70%	1
No especifica	16.70%	1
Total	100%	6

TABLA N°11

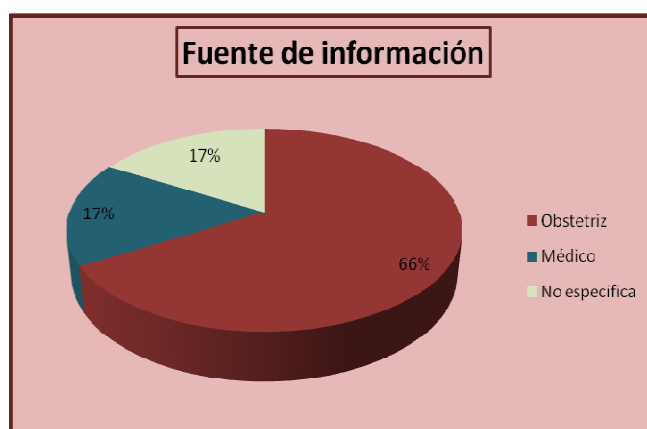


GRAFICO N° 11: Aquí se tiene que las 6 gestantes fueron informadas por personal de salud, 4 de ellas (66.6%) por una obstetriz, una (16.7%) por un Médico y una (16.7%) no especifica.

4. Continuación con planes anteriores – Planificación del Embarazo

PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO		
no	83%	5
si	17%	1
total	100%	6

TABLA N° 12

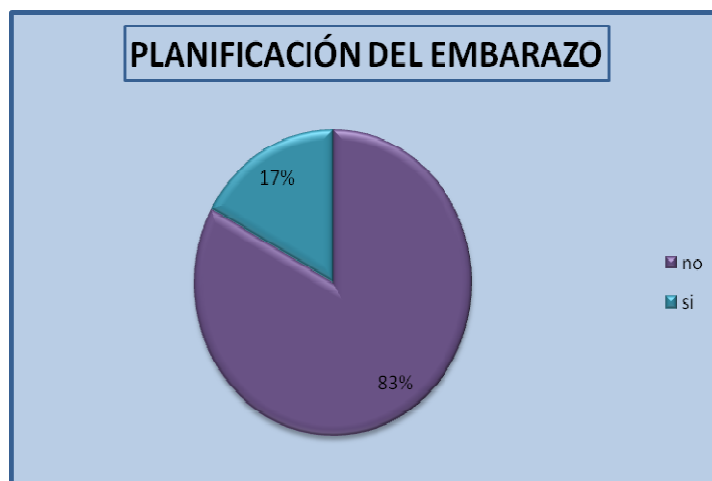


GRAFICO N°12: Otro resultado importante es que 5 (83%) de las participantes, no planificaron quedar embarazadas, mientras que una (17%) si lo planificó.

PERSPECTIVAS A NIVEL FAMILIAR

5. Conocimiento de su diagnóstico antes de la gestación actual

CONOCIMIENTO DE DX PREVIO A LA GESTACIÓN		
si	83.30%	5
no	16.70%	1
total	100%	6

TABLA N°13

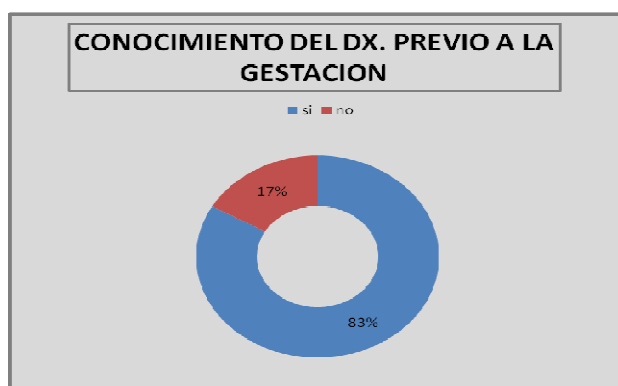


GRAFICO N° 13: Los resultados indican que 5 (83%) de las participantes conocían el diagnóstico antes de salir embarazadas; mientras que solo una (17%) se entero luego de salir gestando.

8. Deseos de tener más Hijos en el Futuro

DESEA MAS HIJOS EN EL FUTURO		
Sí	50%	3
No	50%	3
Total	100%	6

TABLA N° 14

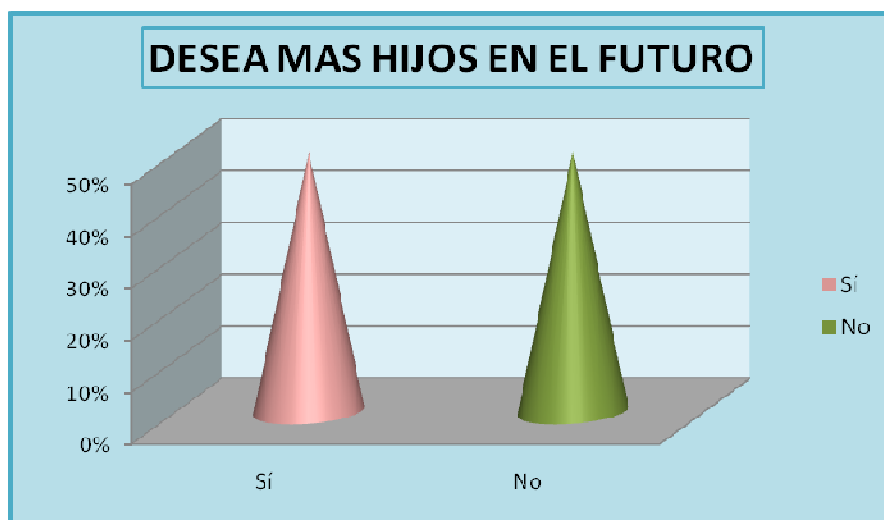


GRAFICO N° 14: Como se aprecia, este punto está dividido, pues 3 de ellas (50%) manifestaron que no querrían tener más hijos pues quieren dedicarse a ellas y a los hijos que tienen actualmente. Mientras que las otras 3 (50%) no cierran las posibilidades de tener otro hijo ya sea por darle un hermano a sus hijos o porque puedan tener otro compromiso, lo cual lo dicen pues saben que el tratamiento hará que sus hijos nazcan sanos.

6. Apoyo de la Pareja

APOYO DE LA PAREJA		
Sí	66.60%	4
No	33.40%	2
Total	100%	6

TABLA N° 15

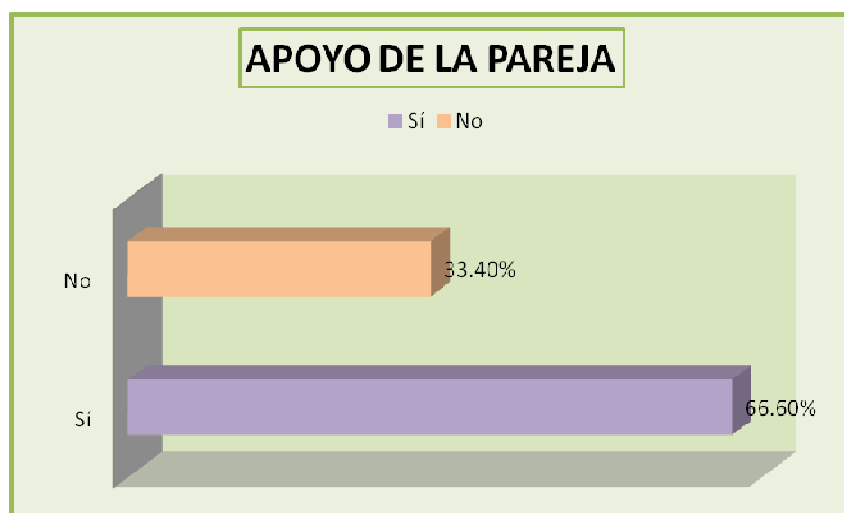


GRAFICO N° 15: En este gráfico vemos que cuatro de las seis participantes (66.6%), coincidió en que su pareja las apoyaba y solo dos de ellas (33.4%) precisaron que no recibieron apoyo de su pareja.

7. Reacción de la Pareja al enterarse del Diagnóstico

REACCIÓN DE LA PAREJA		
BUENA	66.60%	4
MALA	33.40%	2
TOTAL	100%	6

TABLA N° 16

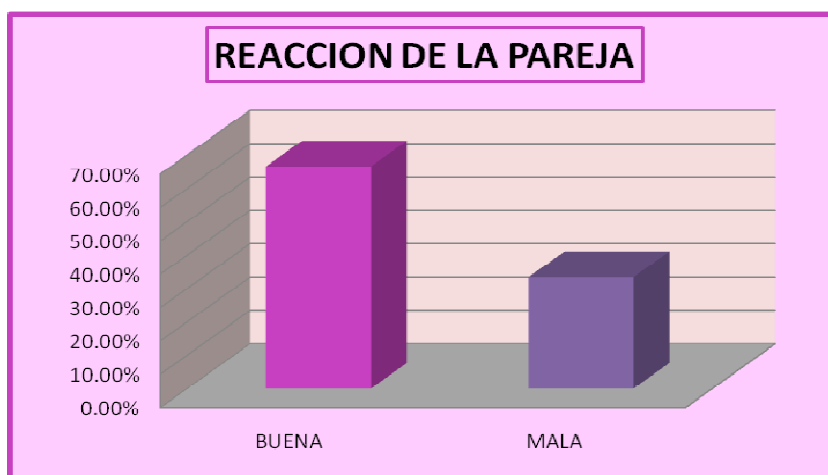


GRÁFICO N° 16: Aquí podemos ver dos grandes grupos de respuesta:

Los que reaccionaron bien (4) y los que no reaccionaron bien (2). Todos los que reaccionaron bien, ya sabían el diagnóstico de su conviviente antes de la gestación actual de sus parejas. Tres de ellos se enteraron antes de entablar una relación con ellas y uno se enteró cuando tuvieron a su primer bebé. Los dos que reaccionaron mal, huyendo, se enteraron precisamente junto con el embarazo actual de cada una de ellas.

8. Apoyo de Familiares

APOYO DE FAMILIARES		
MAMA	100%	6
PAPA	33.30%	2
HERMANOS	33.30%	2
OTROS	33.30%	2

TABLA N°17

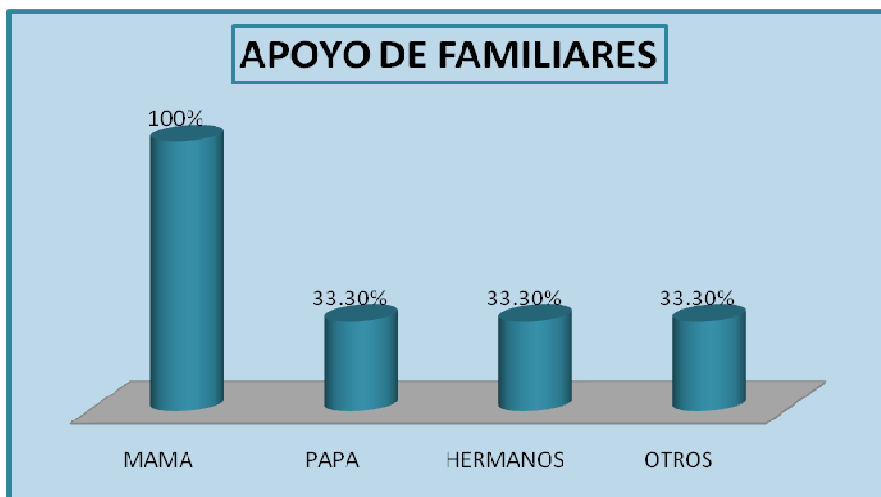


GRAFICO N°17: El 100% de las participantes tienen apoyo de sus madres, 33.3% además reciben apoyo de sus papas, 33% reciben apoyo de sus hermanos y 33.3% de otros familiares.

PERSPECTIVA DE VIDA EN EL ASPECTO SOCIAL

9. Oportunidades Laborales

OPORTUNIDADES LABORALES		
Fuera de casa	17%	1
NEGOCIO PROPIO	50.00%	3
NO PIENSA EN TRABAJAR	33%	2
Total	100%	6

TABLA N° 18

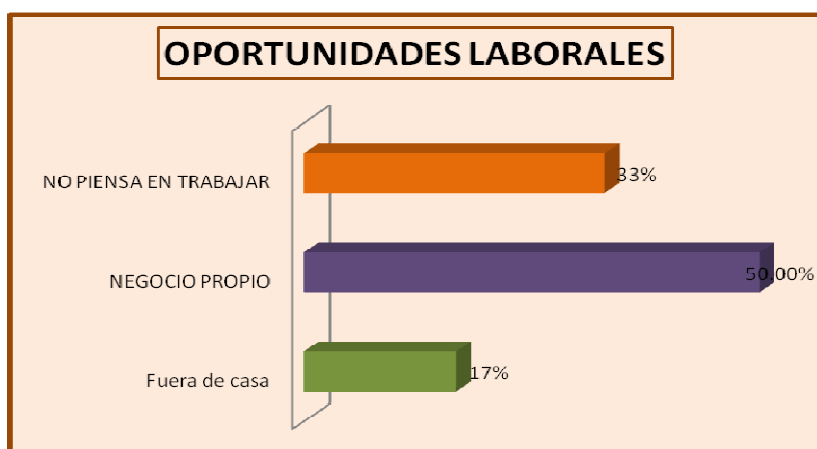


GRAFICO N° 18: Dos de ellas (33%) no piensan en trabajar, 3 (50%) quisieran tener un negocio propio y solo una (17%) trabajaría fuera de casa.

10. Discriminación, Rechazo o exclusión:

SIENTEN DISCRIMINACION		
SI	100%	6
NO	0%	0
TOTAL	100%	6

TABLA N° 19



GRÁFICO N° 19: En el gráfico apreciamos que el 100% de las participantes sintieron o sienten que podrían pasar situaciones de discriminación, rechazo o exclusión.

11. Interés en participar en grupos de apoyo

INTERES EN GRUPOS DE AYUDA		
SI	100%	6
NO	0%	0
TOTAL	100%	6

TABLA N° 20

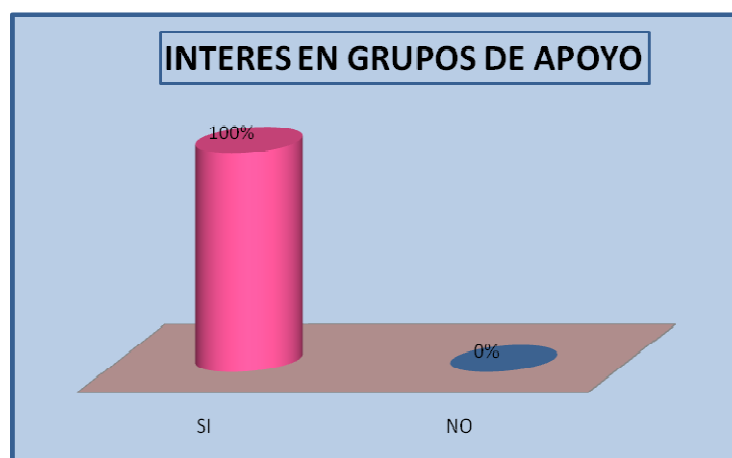


GRÁFICO N° 20: El 100% de participantes tiene interés en participar en un grupo de apoyo.

ANEXO N° 7
CUADROS COMPARATIVOS RELACIONADO AL FOCUS GROUP

1. PERSPECTIVA DE VIDA EN EL ASPECTO PERSONAL

Cuadro N°1: ESPERANZA DE VIDA

<i>¿Cómo se ven de aquí a diez años? ¿Cambio Algo?</i>		
SI	NO	NO SABE
<p>5 de las gestantes respondieron que seguirán igual con sus vidas.</p> <p>“Igual que antes, porque ya sé que tengo que seguir con mi vida y cuidarme, también cuidar a mí bebé. Seguir estudiando”.</p> <p>“Yo igual que todas, pero porque diez años; yo no me voy a morir... yo todavía quiero vivir, por lo menos que mis hijos tengan veinte años ahí si ya me puedo morir tranquila. Que estudien, que ya tengan un futuro”.</p>	<p>Ninguna.</p>	<p>1 gestante dijo que no sabía cómo sería su vida dentro 10 años.</p> <p>“Nadie sabe cómo será de aquí a diez años, pero yo espero estar al lado de mi esposo y mis hijos. No creo que tenga que cambiar algo, pero si mejoraría mi estilo de vida, comería mejor y me cuidaría más”.</p>

Cuadro N°2: MOTIVACIÓN PARA SEGUIR EL TRATAMIENTO

<i>¿Se encuentran motivadas a seguir el tratamiento? ¿Qué las motiva?</i>	
SI	NO
<p>Las 6 gestantes dijeron que estaban motivadas a seguir el tratamiento por sus hijos o sus familiares.</p> <p>“Yo sí, por mi hijo”.</p> <p>“Sí, yo sí, porque el papá de mi hijo siempre me apoya. Si no tuviese apoyo sería más difícil”.</p>	<p>Ninguna.</p>

Cuadro N°3: COMPLICACIONES DE SU SALUD

<i>¿Cuáles son las dificultades o problemas de salud que podrían presentar, ahora que tienen VIH? ¿Saben si están más propensas a enfermarse? ¿Qué información tienen al respecto?</i>	
SI SABEN	NO SABEN
<p>Las 6 gestantes saben de las complicaciones que pueden tener con respecto a su salud y que están más expuestas a contraer enfermedades.</p> <p>“A mí me han dicho que si, que puedo enfermarme más fácil y por eso tengo que cuidarme más”.</p> <p>“Yo sé, que por ejemplo de aquí a, digamos diez años, quince años, mi cuerpo se puede deteriorar, ser más propensos a enfermarnos”.</p>	<p>Ninguna.</p>

Cuadro N°4: ESTILO DE VIDA

¿Saben qué es el estilo de vida? ¿Les han hablado de eso? ¿Cómo ven ese tema? ¿Cambiaría o no?	
MEJORA	NO MEJORA
<p>Las 6 gestantes manifiestan que deben cambiar su estilo de vida, mejorando en su cuidado físico y mental.</p> <p>“ ah! Eso si pues. Tenemos que cuidarnos más, hacer ejercicios, no consumir alcohol y alimentarnos bien; porque el Doctor que me atiende me explico que mis defensas pueden bajar”.</p> <p>“También es importante estar tranquila y no deprimirse, porque eso nos hace daño”.</p>	Ninguna.

Cuadro N°5: CONTINUACION DE PLANES ANTERIORES

¿Van a continuar con los planes que tenían antes de su gestación? ¿Fue planeado este embarazo?	
SI	NO
<p>Las 6 gestantes nos dicen que seguirán con sus planes anteriores.</p> <p>“No, yo no planeé este embarazo, todo fue inesperado y aun me estoy adaptando a mi nueva vida, pero con el apoyo de mi pareja estaré bien”.</p> <p>“Yo tampoco planeé mi embarazo, pero normal, voy a seguir con mis planes al lado de mi esposo”.</p>	Ninguna.

Cuadro N°6: REACCION FRENTE A SITUACIONES ADVERSAS

<i>¿Cuáles serían sus reacciones frente a esta situación?</i>	
POSITIVA	NEGATIVA
<p>5 gestantes dijeron que en un primer momento se sentirían mal, pero que luego lo superarían.</p> <p>“No se siente bien, pero no les daría gusto de ponerme mal. a cualquier persona le puede pasar”.</p> <p>“Creo que al inicio me sentiría mal, pero por mi hijo tengo que seguir adelante y me repondría”.</p>	<p>Solo 1 gestante se sentiría mal hasta el punto de no poder trabajar tranquilamente.</p> <p>“Si me discriminan yo creo que me sentiría muy mal, no podría trabajar tranquila por eso prefiero trabajar independientemente”.</p>

Cuadro N°7: PROPUESTAS PARA MEJORAR SU CALIDAD DE VIDA

<i>¿Creen que puedan hacer algo para mejorar las condiciones de salud de las gestantes VIH positivas?</i>	
SI	NO
<p>Las 6 gestantes se encuentran dispuestas a hablar de su experiencia personal y de esa manera ayudar a gestantes como ellas.</p> <p>“Claro que si, pues con la información que tuve en mi anterior embarazo podré ayudarlas, aconsejarles todo lo que pueda”.</p> <p>“Si, mediante mi experiencia con el VIH yo les puedo ayudar, pues yo estoy informada, quizás no explique tanto como un médico o una obstetriz pero puedo dar mi granito de arena con lo que yo sé, si me gustaría”.</p>	<p>Ninguna.</p>

Cuadro N°8: AUTOCONCEPTO COMO MADRE

<i>¿Cómo se sienten en su papel de madres?</i>	
BUENO	MALO
<p>Las 6 gestantes manifiestan que se sienten satisfechas con su papel de madres, pero con algunos temores.</p> <p>“Yo bien, ya quiero que nazca”.</p> <p>“Bueno un poco preocupada por la salud de mi bebé, porque siempre hay riesgo ¿no? Y además eso me da más fuerzas y mayores responsabilidades, también un motivo para seguir”.</p>	<p>Ninguna.</p>

Cuadro N°9: AUTOCONCEPTO LABORAL

<i>¿Se sienten bien para realizar un trabajo u oficio?</i>	
SI	NO
<p>4 de las gestantes no descartan que más adelante puedan trabajar.</p> <p>“Por ahora no, pero si me gustaría más adelante tener mi negocio”.</p> <p>“Yo trabajo en un negocio de abarrotes con mi esposo, ahora en estas últimas semanas si no he trabajado mucho ahí”.</p>	<p>Sin embargo 2 gestantes están por ahora solo enfocadas en el cuidado de sus hijos</p> <p>“Por ahora solo me dedicaré a mis hijos, claro con la ayuda de mi mamá”.</p> <p>“Quiero estar con mi hijo, trabajar no está en mis planes, tengo el apoyo de mi madre pero cuidar a un hijo no es fácil”.</p>

2. PERSPECTIVA DE VIDA EN EL ASPECTO FAMILIAR

Cuadro N°10: CONOCIMIENTO DEL VIH EN LA GESTACIÓN

<i>¿Sabían ustedes si tenían VIH antes de su gestación actual?</i>	
SI	NO
<p>5 de las gestantes conocían su diagnóstico antes de salir embarazadas.</p> <p>“Si, fue muy duro cuando lo supe”.</p> <p>“Yo también lo sabía pero me embarace sin planificarlo”.</p>	<p>Solo 1 gestante supo que tenía VIH durante su gestación.</p> <p>“No, recién me entere cuando fui al hospital a hacerme mis controles y me pidieron que me haga la prueba... como dije recién después de eso me entere que tenía VIH y además el papá de mi hija se alejo de mí”.</p>

Cuadro N°11: CONOCIMIENTO DE LOS RIESGOS PARA EL HIJO

<i>¿Sabían de los riesgos que podrían tener sus futuros hijos?</i>	
SI	NO
<p>Las 6 gestantes tienen conocimientos de los riesgos del VIH para sus hijos, aunque es básico.</p> <p>“Si pues al igual que yo puede enfermar con facilidad, más si es pequeñito ¿no?, por eso lo debo cuidar más que otros bebés, eso depende más de cómo lo cuide, de que siempre le de sus medicamentos para que no se enferme”.</p> <p>“Sí, pero todo depende de cómo cuide a mi hija, si la cuido bien y no la expongo a enfermedades sé que no le pasara nada”.</p>	<p>Ninguna.</p>

Cuadro N°12: APOYO DE LA PAREJA

¿Actualmente tienen apoyo de su pareja?	
SI	NO
<p>4 de las gestantes tienen apoyo de sus parejas</p> <p>“Si tengo el apoyo de él y eso me hace sentir más segura, no siempre va conmigo a mis controles pero me apoya cuando puede, pues trabaja y no tiene tanto tiempo”.</p> <p>“Sí, vamos juntos a todas las citas, se interesa por lo que me sucede a mí y a nuestro bebé, eso me da más fuerza para seguir con mi tratamiento”.</p>	<p>Solo 2 de las gestantes no tienen apoyo de sus parejas</p> <p>“No, pero yo me basto y me sobro, mi hijo solo necesita a su madre y bueno a su abuela que gracias a Dios está conmigo y me apoya”.</p> <p>“No tengo apoyo de mi pareja, pues cuando se entero de mi embarazo y le dije que se haga la prueba se fue y no supe más de él, tengo a mi madre y a mi abuela que me ayudan a superar todas mis preocupaciones y eso es suficiente para mí”.</p>

Cuadro N°13: APOYO DE FAMILIARES

Dentro de su Familia ¿Quién es el que sabe de su diagnóstico y la apoya? ¿Qué harían por ustedes sus familiares?	
SI	NO
<p>Las 6 gestantes tienen apoyo de sus familiares,.</p> <p>“Mi madre me apoya, pues cuando me operen vendrá a cuidarme a mi hijo, si me ayuda. Mi hermano también me ha ayudado mucho...”</p> <p>“Supongo que apoyarme. Mi mamá sabe de mi diagnóstico y mis hermanos también”</p>	<p>Ninguna.</p>

3. PERSPECTIVA DE VIDA EN EL ASPECTO SOCIAL

Cuadro N°14: REACCIÓN DE AMISTADES Y VECINOS

<i>¿Cómo creen ustedes que reaccionarían sus amistades y vecinos si se enteraran que es portadora del VIH? ¿Les importa mucho esta reacción?</i>	
POSITIVA	NEGATIVA
Ninguna	<p>Las 6 gestantes coincidieron en que no querían que sus vecinos o amistades supieran de su diagnóstico por miedo a su reacción.</p> <p>“Yo no le diría a nadie y no me gustaría que se enteren porque a veces la gente se muestra bien con uno pero luego a tus espaldas hacen comentarios. A mí me molestaría mucho si me entero que andan comentando sobre mí”.</p> <p>“No sé cómo le diría o si se enteraran como sería, yo creo que se alejarían y a mí sí me afectaría. Prefiero que no se enteren”.</p>

Cuadro N°15: OPORTUNIDADES LABORALES

<i>¿Piensan que tendrían las mismas oportunidades laborales? Me refiero a si creen que pueden trabajar sin problema o ¿no?</i>		
FUERA DE CASA	NEGOCIO PROPIO	NO PIENSA EN TRABAJAR
<p>1 gestante trabajaría fuera de casa.</p> <p>“Bueno, yo trabajo independiente... vendiendo productos y creo que puedo seguir normal pues. Pero otro trabajo no sé”.</p>	<p>3 de las gestantes quisieran tener un negocio propio</p> <p>“Yo también he sido técnica, cuidaba ancianos y me gustaba mucho mi trabajo... pero cuando me entere de que tenía VIH deje de trabajar, además porque también estoy embarazada y quiero cuidarme bien para que mi bebé nazca mejor. Tal vez más adelante si podría volver a trabajar, aunque no sé si tendré las mismas oportunidades, porque existe mucha discriminación y más todavía si uno trabaja en lo que es hospitales o clínica, peor... no te quieren contratar o te ponen pretextos. Creo que sería mejor un negocio independiente”</p>	<p>Y 2 de las gestantes no piensan en trabajar, pues quieren dedicarse a sus hijos.</p> <p>“Yo no creo... pienso dedicarme a mis hijos, ya con este tendría dos y ¿quién los cuidaría? Mi esposo trabaja todo el día. Antes trabaje de técnica en un hospital, cuando vivía en la selva; pero después que vi como me discriminaban cuando se enteraron de que tenía VIH ya no quise saber nada”.</p>

Cuadro N°16: DISCRIMINACION, RECHAZO Y EXCLUSIÓN

<i>¿Creen que serían discriminadas, rechazadas o excluidas?</i>	
SI	NO
<p>Las 6 gestantes coincidieron en que si habría discriminación, rechazo y exclusión.</p> <p>“Supongo que algunas personas podrían discriminarme o excluirme porque yo misma sé de una señora que trabajaba conmigo de enfermera y tanto la excluían que cuando entraba en un ambiente, todos tenían un pretexto para salir; hasta que un día ella se molesto y a un doctor que estaba alejándose le dijo: “Doctor, yo no he venido a acostarme con usted, sino a hacer mi trabajo así que relájese”.</p> <p>“Yo por eso prefiero poner un negocio en mi casa, de todas maneras, no serán todos pero siempre hay alguien que te mira feo. Yo he aprendido a no hacer caso de esas cosas pero tampoco es cómodo”.</p>	<p>Ninguna</p>

Cuadro N°17: GRUPOS DE AYUDA

<i>¿Saben ustedes qué son los grupos de ayuda?</i>	
SI	NO
<p>5 gestantes tienen un conocimiento básico respecto a los grupos de ayuda.</p> <p>“Sí, creo que en el hospital dan charlas... a eso te refieres ¿no?”</p> <p>“Sí, cuando estaba en la selva yo participe y hablaba con otras personas”.</p>	<p>Sola 1 no tiene conocimiento de estos grupos de ayuda.</p> <p>“Mmmm... no sé a qué te refieres”.</p>

Cuadro N°18: AYUDA A LA SOCIEDAD

<i>¿Piensan que podrían ayudar a otros a prevenir la transmisión del VIH? ¿Qué harían para lograr esto?</i>	
SI	NO
<p>Las 6 gestantes están de acuerdo en compartir con otras gestantes su condición y a si poder ayudarlas.</p> <p>“A otros que no tienen... bueno, es un poco diferente hablar con personas que no tienen el VIH porque algunos te discriminan. No sé, creo que yo no podría. Pero no es necesario que se enteren que tengo VIH pues ¿no? Ay no sé”.</p> <p>“Yo creo que si podría ayudarles hablándoles. Pero yo tendría que saber quién es esa persona. No a cualquiera”.</p>	<p>Ninguna.</p>